

BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN.

BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN.

On souscrit dans les Départements et à l'Étranger,

Chez les principaux Libraires.

Abbeville,	Grare.
Alger,	L. Hachette et Cie.
Amiens,	Prévost-Allo.
Amsterdam,	Caarelsen. Van Bakkenes.
Angers,	Barassé frères.
Arras,	Topino.
Athènes,	A. Nast.
Beauvais,	Tremblay.
Berlin,	A. Duncker. Hirschwald.
Besançon,	Bintot.
Bordeaux,	Chaumas, Delpech, Ch. Lawalle.
Brest,	Lepontois, Robert.
Bruxelles,	Périchon, Tircher.
Caen,	Manoury.
Châlons-sur-Marne,	Bonniez-Lambert.
Copenhague	Host et Cie.
Dijon,	Lamarche et Cie.
Dublin,	Fannin et Cie. Hodges, Smith et Cie.
Édimbourg,	Maclachlan et Stewart.
Florence,	Piatti, Ricordi et Jouhaud.
Gand,	Hoste.
Gênes,	A. Beuf.
Genève,	Cherbuliez et Cie.
Havre,	Cochard.
Laon,	Lecointe.
La Rochelle,	Boutet.
Leipzig,	Michelsen. Brockhaus et Avenarius.
Leide,	Brill. Vander Hœck.
Liége,	J. Desœr.
Lille,	Émile Durieux.
Limoges,	Marmignon.
Lisbonne,	Rolland et Semiond.
Louvain,	Van Esch.
Lyon,	Savy jeune.
Madrid,	Cas. Monier, Jaymebon.
Metz,	Brenon, Lorette, Warion.
Mexico,	H. Brun.
Milan,	Dumolard frères.
Montpellier,	L. Castel, Sevalle.
Montreuil-sur-Mer,	Leborgne.
Moscou,	Gauthier, Urbain et Renaud.
Nantes,	Sébire, Forest aîné.
Nancy,	Gonet, Grimblot et Cie.
Naples,	P. Dufresne.
Orléans,	Gatineau, Pesty.
Palerme,	A. Muratori.
Périgueux,	Baylé.
Perpignan,	Alzine, Ay, Julia frères.
Poitiers,	Pichot.
Porto,	A. Moré.
Reims,	Brissard-Person.
Rennes,	Deniel, Verdier.
Rochefort,	Penard.
Rome,	P. Merle.
Rotterdam,	Kramers.
Rouen,	Edet, Lebrument.
St-Pétersbourg,	Bellizard et Cie. Hauer et Cie. Issakoff.
Soissons,	Mme Vantages.
Strasbourg,	Derivaux, Levrault, Treuttel et Würtz.
Toulon,	Monge et Villamus.
Toulouse,	Gimet, Delboy, Senac.
Tours,	Aigre.
Troyes,	Febvre.
Turin,	J. Bocca. Ch. Schiepatti. Toscanelli frères.
Valparaiso,	Floury.
Vienne,	P. Rohrmann.

A Marseille, pour le midi de la France, l'Algérie, etc., chez Jn.-Jh. Imbert, rue du Petit-Saint-Jean, 38.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE JACOB, 30.

BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE TOUS LES OUVRAGES DE CLINIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE,
DE TOUTES LES MONOGRAPHIES,
DE TOUS LES MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,
ANCIENS ET MODERNES, PUBLIÉS EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER;

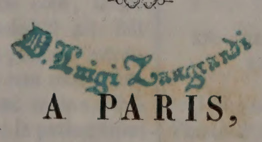
PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.
Sous la Direction du Docteur FABRE,
Chevalier de la Légion-d'Honneur,
AUTEUR DU DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE,
RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE DES HÔPITAUX.



OUVRAGE ADOPTÉ PAR L'UNIVERSITÉ
pour les Facultés de Médecine et les Écoles préparatoires de Médecine et de Pharmacie de France, et par le Ministère de la guerre, sur la proposition du Conseil de santé des armées, pour les hôpitaux d'instruction.

Tome Neuvième.

MALADIES DE L'ENCÉPHALE. MALADIES MENTALES,
MALADIES NERVEUSES.



A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,
Rue de l'École-de-Médecine, 17;
à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.
1849.

BIBLIOTHÈQUE
DU
MÉDECIN-PRATICIEN.

SEPTIÈME SÉRIE.

Cette série comprendra : 1° Les maladies de l'encéphale caractérisées par des lésions anatomiques constantes ou à peu près constantes ; 2° les maladies ayant leur siége probable dans les centres nerveux, et qui ne laissent à leur suite que des lésions anatomiques nulles ou trop peu constantes, ou trop légères pour qu'on puisse y reconnaître la cause de la maladie ; 3° enfin les maladies mentales qui, sous le rapport anatomo-pathologique, tiennent à la fois des deux catégories que nous venons d'indiquer.

LIVRE PREMIER.

MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

Les maladies de l'encéphale ne tenaient, il y a quelques années encore, qu'une très petite place dans les traités de pathologie ; aujourd'hui, leur cadre s'est considérablement agrandi, et l'observation tend à l'agrandir chaque jour davantage. Cependant, malgré le développement que la description de ces maladies a aujourd'hui atteint, il ne faudrait pourtant pas croire que les progrès de cette partie de la pathologie soient aussi grands qu'on pourrait se l'imaginer au premier abord ; ces progrès existent surtout dans l'anatomie pathologique, beaucoup moins dans le diagnostic et la pathogénie, et nullement ou à peu près dans la thérapeutique. Cependant, le diagnostic lui-même, malgré les efforts qui ont été dirigés spécialement de ce côté, laisse encore bien à désirer, quoiqu'il ait fait depuis quelques années des progrès incontestables. Une autre partie non moins importante et qui ne laisse pas moins à désirer que le diagnostic, c'est la pathogénie ; la diversité d'opinions qui règnent et sur les causes et sur les caractères, et la véritable nature des maladies du cerveau, rendent la classification rationnelle de ces maladies impossible, et par suite leur description un peu confuse ; puisque ce que l'un décrit comme une inflammation, l'autre le décrit comme une hémorrhagie, une altération *sui generis*, etc. Nous ne pourrons éviter complétement les inconvénients qui résultent de cette confusion, mais nous les rendrons les moins nombreux possible, et nous aurons soin de les signaler toutes les fois que nous ne pourrons nous y soustraire. Quelques affections du cerveau étant presque exclusivement spéciales à l'enfance, et ayant été étudiées dans tous leurs détails quand nous avons traité des maladies de cet âge, nous n'y reviendrons pas ici ; de ce nombre sont l'hydrocéphale et la méningite granuleuse. Cela posé, nous entrerons immédiatement dans la description de chaque maladie en particulier, selon l'ordre généralement suivi dans la partie médicale de cet ouvrage.

CHAPITRE PREMIER.

APOPLEXIES, CONGESTIONS CÉRÉBRALES, HÉMORRHAGIES CÉRÉBRALES.

L'inconvénient que nous signalions à l'instant se rencontre dès le premier pas que nous avons à faire dans la description des maladies cérébrales : si l'on ne décrit que les *hémorrhagies* du cerveau, c'est-à-dire les affections caractérisées par un épanchement de sang hors des vaisseaux, on laissera en dehors de la description, des

maladies qui ont, sinon la même nature, au moins la plus grande analogie avec ces hémorrhagies ; et si l'on décrit sous le nom d'apoplexie et de congestion toutes les maladies dont le caractère dominant est de troubler et d'abolir brusquement, complètement ou en partie, les fonctions cérébrales, on réunira, suivant certains auteurs, des choses tout à fait distinctes, ce qui est contraire à tout esprit de véritable nosologie. Malgré l'opinion de ceux qui pensent ainsi, nous préférons tomber dans l'inconvénient qu'ils signalent que dans l'inconvénient opposé, puisqu'en se trompant dans un sens on ne peut que pécher par excès de description, tandis que dans le sens contraire on peut omettre de décrire des maladies qui appartiennent réellement à la même cause, et que tout au moins il y a des avantages réels à rapprocher symptomatologiquement pour arriver plus facilement au diagnostic et au pronostic. Nous décrirons donc successivement les congestions cérébrales et les hémorrhagies, et, à propos de ces affections, nous rappellerons les apoplexies *nerveuses* et *séreuses*, dont l'existence est encore généralement admise aujourd'hui.

ARTICLE PREMIER.

Congestions cérébrales.

C'est relativement aux congestions qu'existent la plus grande partie des inexactitudes et des contradictions que nous avons signalées au commencement de cet article; en effet, pendant que les uns n'ont vu dans la congestion des vaisseaux de l'encéphale qu'une altération de nulle importance ou à peu près, d'autres lui ont attribué assez d'influence pour être la cause de la mort; d'autres encore ont considéré cette congestion ou *hypérémie*, non comme la cause d'accidents apoplectiques, mais comme un commencement d'inflammation.

La congestion sanguine du cerveau a reçu d'un grand nombre d'auteurs le nom de *coup de sang*, ou apoplexie fugace, lorsque les symptômes qui sont censés la caractériser se dissipent promptement, et d'*apoplexie* (comme l'hémorrhagie) lorsqu'elle entraîne la mort; quand la mort a lieu très promptement, ce qui est le cas assez fréquent dans les congestions violentes, cette congestion a reçu le nom d'*apoplexie foudroyante.*

Anatomie pathologique. — Le coup de sang ou apoplexie fugace ne se terminant jamais par la mort, on n'a décrit que par analogie les lésions qui la constituent; quant à l'*apoplexie congestive*, l'observation suivante, que nous empruntons à M. Andral, donnera une idée des faits sur lesquels est basée la description anatomo-pathologique de cette forme d'apoplexie.

Obs. 1. « *Ancienne affection du cœur. — Tout à coup, perte de connaissance et de mouvement, mort rapide. — Injection notable de la substance des hémisphères cérébraux.*

» Une femme, âgée de cinquante-trois ans, entre à l'hôpital Cochin dans le courant du mois de mars 1829. Le premier jour où nous la voyons, elle présente l'état suivant :

» Face rouge, vultueuse, lèvres violacées, œdème des membres inférieurs; ascite manifeste; parole haletante, orthopnée; battements de cœur tumultueux, repoussant l'oreille, perceptibles dans presque tous les points de la poitrine, excepté à droite en arrière; pouls enfoncé, contrastant par la petitesse de ses battements avec l'énergie de ceux du cœur, régulier d'ailleurs et sans fréquence; toux ancienne; râle sonore, sec en différents points du thorax; intégrité des fonctions digestives; aucun trouble appréciable du côté des centres nerveux.

» Cette femme fut regardée comme atteinte d'une hypertrophie des parois du cœur, avec dilatation de ses cavités; elle fut saignée et soumise à l'usage de la digitale.

» Sous l'influence de ces moyens, d'un régime convenable et du repos, la dyspnée et l'ascite avaient un peu diminué, lorsqu'un jour, au moment de quitter son lit, et en se mettant debout, elle se plaint de voir tous les objets tourner autour d'elle; à peine a-t-elle proféré ces paroles qu'elle pousse un cri, porte la main vers la tête, et tombe sans connaissance; elle ne la recouvre point le reste de la journée, et meurt le soir.

» *Ouverture du cadavre.* — *Crâne.* — Les méninges n'offrent aucune altération appréciable, si ce n'est que l'arachnoïde

étendue sur la convexité des hémisphères cérébraux offre une sécheresse singulière. La couche grise des circonvolutions a une teinte rosée très prononcée. La substance médullaire qui forme en grande partie la masse nerveuse située au-dessus des ventricules est parsemée d'un très grand nombre de petits points rouges, dont chacun constitue l'orifice d'un vaisseau gorgé. Il en résulte sur chaque tranche que l'on enlève une sorte de *sablé* rouge. Du reste, dans toute l'étendue des hémisphères, la substance nerveuse a conservé sa consistance normale. Les ventricules contiennent à peine quelques gouttes de sérosité; les couches optiques et les corps striés sont moins injectés que le reste des hémisphères; les parties blanches centrales sont bien consistantes; aucune lésion appréciable n'existe dans les autres parties de l'encéphale, non plus que dans la moelle. Les sinus de la dure-mère sont gorgés d'un sang noir liquide.

» *Thorax.* — Les poumons sont engoués par une énorme quantité de sérosité spumeuse, qui s'écoule en nappes à chaque incision que l'on pratique dans leur parenchyme. Le cœur est volumineux; ses parois sont épaissies et ses cavités dilatées; ses différents orifices sont libres; à la base d'une des valvules aortiques, existent seulement quelques ossifications qui ne s'opposent point à la liberté de son jeu.

» Examinée dans toute son étendue, l'aorte ne présente d'autres lésions que quelques plaques cartilagineuses et osseuses qui incrustent ses parois.

» *Abdomen.* — Teinte ardoisée et mamelonnement de la membrane muqueuse gastrique dans une grande partie de son étendue. Rien de notable dans le reste de l'intestin; foie gorgé de sang; rate petite et dense. »

L'auteur accompagne ensuite cette observation des intéressantes remarques qui suivent :

« Voilà un cas dans lequel, avant l'ouverture du corps, on aurait pu croire à l'existence d'une forte hémorrhagie cérébrale. La malade présenta en effet les symptômes qui caractérisent une violente attaque d'apoplexie. Le cri qu'elle poussa, la main qu'elle porta à sa tête avant de tomber, paraissent indiquer qu'elle éprouva une sensation douloureuse du côté du cerveau. Un pareil cri ne précède pas d'ailleurs ordinairement une attaque d'apoplexie, il se lie plutôt aux accès épileptiques, et rien ici n'y ressemble; l'étourdissement dont elle se plaignit d'abord était le seul symptôme que la malade eût accusé. Une fois tombée sans connaissance, elle resta privée de mouvement et de sentiment; et, au bout de quelques heures, elle mourut à la manière des apoplectiques. Cependant, nous ne trouvâmes dans le cerveau rien autre chose qu'une injection plus vive que de coutume des deux hémisphères. C'est là sans doute une lésion bien légère pour expliquer d'aussi graves accidents. Il est vraisemblable qu'une pareille injection a lieu d'une manière momentanée chez les individus qui sont pris momentanément aussi d'étourdissements et autres signes de congestion cérébrale, sans qu'il en résulte rien de fâcheux. Cette même injection est sans doute aussi la seule lésion dont le cerveau soit le siége dans ces cas où surviennent tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie qui, après avoir duré quelques heures, se dissipent entièrement sans laisser aucune trace de leur existence. Il n'est pas probable qu'en pareille circonstance une hémorrhagie ait eu lieu, car le sang, une fois épanché au sein de la pulpe cérébrale, ne pourrait pas se résorber aussi vite. » (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 226).

Les observations analogues à celles qui précèdent ne sont point rares dans la science; mais ce qu'il y a de plus rare, ce sont les cas d'hémiplégie dans lesquels on ne trouve, pour expliquer les symptômes, qu'une congestion cérébrale; cependant, des exemples de ce genre dont on avait d'abord nié l'existence ont réellement été observés, et nous en emprunterons un à l'auteur que nous venons de citer.

Obs. 2. « *Attaque d'apoplexie survenue pendant le cours d'une affection chronique des organes thoraciques et abdominaux. — Hémiplégie. — Mort deux jours après cette attaque. — Injection vive de la substance des hémisphères cérébraux. — Aucune autre lésion dans les centres nerveux.*

» Un homme, âgé de soixante-douze ans,

entre à la maison royale de santé le 7 juillet 1830. Six mois auparavant, il avait été opéré d'une hydrocèle. A l'âge de dix-huit ans, ce malade avait eu une abondante hémoptysie; plus de trois verres de sang avaient été expectorés par lui dans l'espace de quinze jours. Depuis, l'hémoptysie ne s'est point renouvelée; mais toute sa vie il a été sujet à tousser. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, nous reconnûmes, en palpant l'abdomen, une tumeur bosselée que l'on suivait dans l'hypochondre droit, dans le flanc du même côté, à l'épigastre, au niveau de l'ombilic, et jusque dans l'hypochondre gauche. Cette tumeur nous parut appartenir au foie; elle pouvait être pressée sans qu'il en résultât de la douleur. Depuis deux mois seulement, l'appétit était perdu; le malade n'avait ni soif, ni nausées, ni vomissements; les selles étaient depuis longtemps fréquentes et mal liées; un mucus blanc, épais, un peu visqueux, recouvrait la langue; une fluctuation évidente se percevait dans l'abdomen; les jambes étaient œdématiées, et une abondante sérosité infiltrait les bourses. Un bruit respiratoire très fort, sans mélange de râle, s'entendait dans tous les points de la poitrine; le pouls était fréquent; la peau chaude; un dépôt abondant d'acide rosacique existait dans les urines.

» Les deux jours suivants, même état, si ce n'est que la langue devint rouge et sèche.

» Dans la journée du 10 juillet, vers trois heures de l'après-midi, de nouveaux symptômes surviennent inopinément; le malade perd tout à coup connaissance, et le lendemain matin, à notre visite, on nous dit qu'il a eu la veille une attaque d'apoplexie; il nous présente l'état suivant :

» Décubitus en supination; injection vive de la face; yeux fermés; lorsqu'on soulève la paupière, on voit le globe oculaire de chaque côté exécuter lentement quelques mouvements; lorsqu'on en approche les doigts, le malade abaisse brusquement les paupières; les pupilles ont une dilatation médiocre, égale des deux côtés; la commissure droite des lèvres est légèrement tirée en haut; le membre thoracique gauche, soulevé par nous, retombe de son propre poids, comme une masse inerte. Vainement pince-t-on assez fortement la peau de ce membre; il ne paraît en résulter aucune douleur. La peau du membre abdominal gauche paraît être également privée de sensibilité, et semble privée de toute motilité; à droite, au contraire, les membres supérieur et inférieur exécutent sous nos yeux quelques mouvements; lorsqu'on soulève le bras droit, il est retenu en l'air par le malade, et ne retombe pas brusquement comme le gauche. L'intelligence est complétement abolie; le malade ressemble à un individu qui dort profondément; nous ne pouvons pas voir sa langue; le pouls a perdu la fréquence qu'il offrait les jours précédents. (Saignée de 16 onces, vésicatoires aux jambes, lavement purgatif).

» Dans la journée, le malade donna quelques signes de connaissance, et il parla un peu.

» Le lendemain matin, 12, son état s'était sensiblement amélioré : il répondait assez nettement aux questions qu'on lui adressait; les lèvres n'étaient plus déviées; la langue se tirait droite, et il pouvait faire exécuter quelques mouvements aux membres du côté gauche; mais il était évident que ces membres étaient encore plus faibles que ceux du côté droit; la sensibilité paraissait aussi y être encore plus obtuse. Le pouls avait repris de la fréquence.

» Vers onze heures, toute connaissance se perd de nouveau; la face s'injecte fortement; et jusqu'au lendemain matin il reste plongé dans un état comateux, d'où rien ne peut le tirer. A huit heures, à notre visite, nous le trouvons absolument dans le même état que l'avant-veille; la respiration est stertoreuse; à midi il succombe.

» *Ouverture du cadavre, dix-neuf heures après la mort.* — *Crâne.* — Les méninges sont exemptes de toute altération; seulement elles sont partout assez vivement injectées; les sinus de la dure-mère sont remplis de sang. Dans toute l'étendue des hémisphères du cerveau, chaque tranche de pulpe nerveuse présente un pointillé rouge très remarquable. Il y a quelques endroits où les points rouges, qui sont les orifices d'autant de vaisseaux remplis de sang, sont tellement agglomérés, qu'il en résulte des taches d'un rouge écarlate du diamètre d'une pièce d'un franc. Nulle part, d'ailleurs, la consistance de la

substance cérébrale n'est modifiée. Pas d'autre lésion dans les centres.

Thorax. — Adhérence intime de la plèvre gauche en haut et en arrière; notable dilatation des bronches; au sommet du poumon gauche, couleur noire et induration de plusieurs lobules, devenus imperméables à l'air; il existe plusieurs petites concrétions osseuses qui ont à peu près toutes le volume d'un grain d'orge. Ces concrétions ont la dureté d'un os véritable : plusieurs sont ramifiées. A côté d'elles, on trouve d'autres concrétions plus molles, semblables à la craie à laquelle on aurait ajouté un peu d'eau. Le reste du poumon gauche est sain, crépitant, fourni d'une grande quantité de matière colorante noire.

» Adhérence intime de la plèvre vers le sommet du poumon droit. Dans ce sommet on trouve des cavités qui communiquent les unes aux autres qu'on prendrait d'abord pour des cavernes et qu'un examen plus attentif fait reconnaître pour des bronches considérablement dilatées. Autour d'elles, plusieurs lobules noirs et durs; nulle trace de tubercules; languette emphysémateuse vers la base du poumon. (Larges cellules dont les parois transparentes font saillie au-dessus du niveau du reste de la surface pulmonaire.)

» Un sang noir, liquide, remplit les cavités du cœur; le ventricule gauche est vide; un caillot noir, assez consistant, distend l'oreillette gauche. Rien d'anormal dans le cœur, si ce n'est un peu d'ossification à la base des valvules aortiques. Quelques petites plaques osseuses sont disséminées dans l'aorte.

» *Abdomen.* — Sérosité limpide dans le péritoine; à l'intérieur de l'estomac, vers la petite courbure, ulcère large comme une pièce de cinq francs au moins, à bords renversés, semblable à un champignon. Le tissu qui constitue les bords de cet ulcère a tous les caractères de la matière dite encéphaloïde. Rien de notable dans le reste du tube digestif.

» Le foie, très volumineux, est transformé dans les deux tiers au moins de son étendue en substance encéphaloïde; on y rencontre, en outre : 1° un développement notable des circonvolutions de la substance jaune; en plusieurs points une couleur rouge vif, paraissant dépendre d'un développement contre nature du tissu vasculaire, on dirait d'une sorte de tissu érectile : 2° en d'autres points on trouve mêlée au tissu du foie une substance d'un vert pâle qui a tous les caractères de la fibrine aux trois quarts décolorée, telle qu'on la trouve souvent dans les cavités du cœur; 3° en se décolorant de plus en plus, cette substance paraît se transformer en matière encéphaloïde.

» La rate, de volume ordinaire, est tout à la fois très dense et très dure.

» Entre la rate et le rein existe une masse encéphaloïde du volume d'un œuf de poule. Deux autres masses semblables, flottantes, ayant chacune le volume d'une noix, sont développées dans le grand épiploon, auquel elles sont comme appendues. »

Voici les réflexions que l'auteur joint à l'histoire de ce fait important :

« Ce cas se rapproche du précédent par la manière brusque dont surviennent les accidents, et par la nature de ceux-ci; ici encore c'est un ensemble de symptômes tout à fait semblables à ceux qui caractérisent une attaque d'apoplexie; et à l'ouverture du corps nous ne trouvons aucune trace d'hémorrhagie, mais seulement une injection des plus remarquables des vaisseaux de l'encéphale. Cette injection, portée au point de donner une teinte rouge presque uniforme à quelques points du cerveau, a une intensité égale dans les deux hémisphères; et cependant le mouvement n'a été aboli que d'un côté du corps, absolument comme dans le cas où l'un des hémisphères est devenu le siége d'un épanchement de sang. Nouvel exemple à ajouter à tant d'autres de l'insuffisance de nos moyens actuels d'investigation pour expliquer la variété infinie des symptômes par les lésions anatomiques. Et notez qu'ici il n'y a pas même à invoquer le jeu des sympathies : ce n'est point d'elles certainement que dépendit l'hémiplégie. Celle-ci disparut en partie vingt-quatre heures après s'être manifestée, puis elle se montra de nouveau, et cette circonstance aurait pu faire penser que la cause qui la produisait n'était elle-même liée à aucune lésion grave du cerveau. L'intelligence se rétablit aussi momentanément; mais cela s'observe également dans des cas d'hémorrhagie cérébrale.

» Cette observation présente un grand intérêt sous d'autres rapports qu'il n'est point de notre sujet de développer ici. » (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 233).

Avant de faire connaître les opinions régnantes sur l'influence de la congestion encéphalique dans les cas analogues à ceux rapportés par M. Andral ; nous allons d'abord faire connaître la description générale que donne M. Gendrin des altérations anatomiques du coup de sang.

« L'hyperémie ou la congestion sanguine encéphalique se trouve dans le cerveau et ses annexes après des apoplexies foudroyantes. Cette lésion se caractérise par l'engorgement sanguin des vaisseaux artériels du cerveau, d'autant plus prononcé que ces vaisseaux ont un moindre volume. Le sang s'échappe par d'innombrables gouttelettes de ces vaisseaux divisés à la surface des incisions pratiquées dans la pulpe cérébrale, qui présente alors cet aspect que l'on a appelé pointillé. Les vaisseaux de la pie-mère sont aussi gorgés de sang. Les artères cérébrales, au fond des scissures et des circonvolutions cérébrales, sont remplies de sang et quelquefois distendues, comme si une injection y avait été poussée avec force. Les vaisseaux capillaires qui rampent sous le feuillet séreux de la dure-mère sont également distendus par le sang ; les sinus de la dure-mère sont eux-mêmes à l'état de congestion. L'hyperémie s'étend souvent dans ces cas aux parties externes de la tête comme aux organes encéphaliques ; les sinus osseux du crâne, les vaisseaux du cuir chevelu et de la base du crâne, les vaisseaux profonds du cou sont presque toujours gorgés de sang. Il est assez ordinaire qu'il se forme après la mort dans le tissu cellulaire épicrânien et cervical, surtout sur le trajet des principaux vaisseaux, des infiltrations sanguines qui prouvent que dès que la vie a cessé, le sang, ou au moins une partie de ses principes, peut franchir, par transsudation, les limites de l'appareil circulatoire, quand il s'y trouve accumulé en excès ; le même phénomène se voit quelquefois en même temps à l'intérieur. Le tissu de la pie-mère sur les circonvolutions cérébrales, surtout sur les parties postérieures du cerveau, qui se trouvent déclives par la supination du cadavre, présente alors une infiltration de sérosité sanguinolente et de matière colorante du sang qui la colore en rouge violâtre, comme si elle était ecchymosée.

» La congestion sanguine des vaisseaux encéphaliques constitue la lésion apoplectique la plus simple; elle s'étend toujours, après les apoplexies rapidement mortelles, à la totalité ou au moins à la presque totalité de l'encéphale ; elle ne peut être bien appréciée qu'avec une certaine habitude des autopsies du cerveau. Nous sommes convaincu qu'elle existait sur un grand nombre de sujets dont on cite les cas comme des exemples d'apoplexie mortelle sans lésion cérébrale. On a lu ci-dessus deux observations sur des apoplexies rapidement mortelles, dans lesquelles l'hyperémie encéphalique a été des plus prononcées. » (Gendrin, *Médecine pratique*, t. I, p. 435.)

Voici maintenant comment s'exprime M. Rochoux sur l'influence que l'on accorde aux lésions dont on vient de lire la description.

« De ce que l'ouverture des cadavres de quelques individus morts subitement a montré une congestion de sang plus ou moins considérable dans les vaisseaux du cerveau, on a voulu y voir la cause de la mort. Une telle manière de penser est sans doute fort éloignée de la vérité. En effet, beaucoup d'apoplectiques ne meurent qu'en quatre ou cinq jours, et avec l'hémorrhagie du cerveau, présentent une congestion de vaisseaux de cet organe, au moins aussi considérable que dans les sujets dont je viens de parler. Comment concevoir alors qu'une congestion, qui seule produirait la mort en peu d'heures, lorsque le cerveau est parfaitement intact, aurait besoin de plusieurs jours pour l'amener, quand il est déjà profondément altéré ? » (Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, p. 143.)

M. Gendrin, néanmoins, qui, de même que M. Rochoux, s'est occupé avec tant de soin des apoplexies, ne partage pas l'opinion de ce dernier pathologiste, et les arguments qu'il produit à l'appui de sa manière de voir offrent un grand intérêt.

« La plus simple des altérations encéphaliques, dit-il, qui se rapporte à l'apo-

plexie est l'hyperémie ou la congestion sanguine encéphalique. L'effet immédiat de cette lésion est de déterminer la suspension, instantanée comme le développement de la congestion elle-même, des fonctions du cerveau comme centre de toutes les perceptions, comme siége de l'intelligence, comme agent direct de l'incitation exercée sur les organes par l'intermédiaire des nerfs. C'est à cette suspension que se réduisent les symptômes des coups de sang et de l'apoplexie elle-même. Quant aux symptômes qui se lient directement à la congestion sanguine, ils sont à la tête ce qu'ils sont en toute autre région du corps : l'injection et la distension insolites des vaisseaux qui se montrent même au dehors du crâne; la chaleur augmentée et la douleur gravative avec augmentation dans la force des battements des artères, etc. Dans l'encéphale qui remplit exactement la cavité qu'il occupe, et dont le système vasculaire est soustrait à l'influence immédiate de la pesanteur de l'air, la congestion se forme aisément et exerce facilement sur l'organe une influence directe, ne fût-ce que celle qui résulte de la tuméfaction que toutes les congestions sanguines produisent dans tous les organes où elles s'établissent. La présence constante d'un fluide séreux remplissant toutes les lacunes encéphaliques, et entourant de toutes parts extérieurement et intérieurement toutes les parties de l'encéphale, est une condition qui rend plus puissante encore sur le cerveau l'influence de la congestion. La modification qui se produit dans la circulation et qui constitue l'hyperémie est nécessairement liée à une augmentation d'activité dans la circulation artérielle afférente à l'organe, ou à une diminution dans la vitesse de la circulation veineuse efférente. Ces deux conditions morbides ne peuvent exister sans que la quantité du fluide céphalo-rachidien soit augmentée; c'est là encore un nouvel obstacle à l'accomplissement des fonctions cérébrales.

» Ces remarques nous montrent comment l'hyperémie cérébrale produit l'apoplexie; si elle est fugace, on n'a que les symptômes du coup de sang; si elle persiste, elle entraîne l'apoplexie proprement dite, qui devient mortelle, si l'influence physiologique du cerveau se suspend assez complétement pour léser définitivement les fonctions indispensables à la vie, à l'accomplissement desquelles l'incitation nerveuse est nécessaire. C'est ainsi que les symptômes de l'apoplexie légère et de l'apoplexie foudroyante se lient à la seule hyperémie encéphalique dont on retrouve le plus souvent les traces sur le cadavre. » (Gendrin, *Traité de méd. prat.*, t. I, p. 495.)

Lorsque nous étudierons l'apoplexie sans lésions cérébrales appréciables, nous aurons occasion d'opposer aux considérations précédentes, d'autres arguments que M. Gendrin invoque en faveur de l'opinion qu'il défend. Mais avant de passer à un autre point de l'histoire des congestions, nous ne pouvons nous dispenser de faire connaître comment M. Andral envisage celui que nous venons d'examiner.

« Les symptômes, dit-il, qui caractérisent les diverses formes de congestions cérébrales sont-ils liés, dans tous les cas, à l'afflux d'une trop grande quantité de sang vers le cerveau? Ne se montrent-ils pas quelquefois comme l'effet d'un état tout opposé des centres nerveux, ou, en d'autres termes, de leur anémie? C'est une loi en pathologie que, dans tout organe, la diminution de la quantité de sang qu'il doit normalement contenir produit des désordres fonctionnels aussi bien que la présence d'une quantité de sang surabondante. Mais de plus, dans l'un et dans l'autre cas, ces désordres fonctionnels sont parfois exactement semblables. Qu'un sang pauvre ou trop rare vienne, par exemple, à travers les cavités du cœur, il en résultera des palpitations comme si trop de sang le distendait! La dyspnée survient également, soit que le poumon soit le siége d'une hyperémie plus ou moins considérable, soit que l'air, en pénétrant dans les vésicules pulmonaires, n'y trouve plus assez de sang à vivifier. La dyspnée reconnaît également pour causes, et une pâleur anormale de la membrane muqueuse de l'estomac, et une injection sanguine plus ou moins vive de cette même membrane : nous pourrions multiplier à l'infini de pareils exemples. Les centres nerveux nous en offriraient un grand nombre. Ainsi, nous avons trouvé plus d'une fois le cerveau et ses membranes complétement exsangues chez des enfants

morts au milieu de convulsions ; nous avons vu aussi l'état comateux par lequel se terminent beaucoup de leurs maladies coïncider avec une pâleur remarquable des centres nerveux. Plusieurs fois aussi chez des adultes nous avons été frappé de la décoloration complète du cerveau, notable surtout dans sa substance grise, dans les cas où, pendant la vie, avaient eu lieu des accidents cérébraux tels que délire, mouvements convulsifs, coma. Ne sont-ce pas aussi des accidents de ce genre que présentent les animaux qu'on fait périr d'hémorrhagie?

» Un ancien interne de l'hôpital des Enfants, M. le docteur Papavoine, a également constaté que chez beaucoup de jeunes sujets qui succombaient promptement au milieu d'un violent délire, on ne rencontrait d'autres lésions dans l'encéphale qu'une décoloration complète de la substance grise, qui se confondait avec la blanche. (*J. heb. de méd.*, 1830, t. VI, p. 113.)

» Il s'est présenté assez souvent à notre observation des individus qui paraissaient être complétement anémiques ; leur face était d'une extrême pâleur, et toute leur peau présentait une couleur semblable à celle de la cire : ces individus ne pouvaient pas marcher sans éprouver un essoufflement des plus notables ; dans le repos même, ils avaient l'haleine courte. De fortes palpitations les tourmentaient; ils digéraient péniblement : quelques uns rejetaient même le peu d'aliments qu'ils ingéraient dans leur estomac. En même temps, ils avaient de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges, des tintements d'oreille; quelques uns éprouvaient même, soit par intervalle, soit continuellement, des engourdissements dans les membres; d'autres avaient devant les yeux un nuage plus ou moins épais, ou bien ils étaient tourmentés par des hallucinations de la vue ou de l'ouïe. Ces individus avaient éprouvé pendant longtemps des hémorrhagies abondantes par diverses voies, soit par les fosses nasales, soit par le rectum, soit par l'utérus, et ils présentaient d'une manière habituelle les phénomènes qu'offrent momantanément plusieurs personnes à l'instant où elles viennent d'être saignées. Il faut admettre qu'en pareils cas le cerveau se trouve lésé dans ses fonctions parce qu'il n'est plus convenablement ou stimulé ou nourri par le sang trop pauvre ou trop rare que le cœur lui envoie. Dans ces circonstances, il suffit souvent qu'un certain temps se soit déjà écoulé depuis la cessation de l'hémorrhagie, pour qu'on voie se dissiper, à mesure que le sang se reforme, les accidents que sa soustraction avait causés. Mais souvent aussi ils persistent; les digestions en particulier restent tellement laborieuses, que l'économie n'a pas le moyen de réparer ses pertes. C'est alors que nous avons plus d'une fois employé, avec un incontestable succès, les préparations ferrugineuses, et spécialement le sous-carbonate de fer. Sous l'influence de cette médication, nous avons vu les digestions se rétablir, les palpitations cesser, la respiration recouvrer sa liberté, et en même temps les accidents cérébraux disparaître. Ainsi, en raison de la diversité de la cause qui les produit, les mêmes symptômes cèdent également, tantôt aux émissions sanguines, tantôt au fer introduit chaque jour dans l'estomac, à la dose de dix à trente grains, et même plus.

» Sans qu'il y ait aucune perte de sang, ce liquide peut être modifié de telle façon, qu'il en résulte la maladie connue sous le nom de chlorose : c'est d'un sang appauvri que les organes reçoivent leur excitation et leur aliment. Aussi se trouvent-ils dans leurs fonctions de la même manière que si une hémorrhagie avait eu lieu. Chez les jeunes filles chlorotiques, la digestion, la circulation, la respiration, sont modifiées absolument comme chez les sujets qui ont été soumis à de grandes pertes de sang : chez elles aussi, l'innervation traduit sa souffrance par des accidents de même nature, et le fer est encore dans ce cas un des meilleurs à employer.

» Que si maintenant nous sortons de la simple observation des faits pour chercher à nous rendre compte, nous arriverons bientôt à nous convaincre de l'insuffisance de la dichotomie brownienne pour expliquer les symptômes le plus souvent semblables qui surviennent par suite de l'hyperémie ou de l'anémie cérébrale. Ces symptômes n'indiquent nécessairement ni un état d'hypersthénie, ni un état d'asthénie. Ils peuvent être dus à une simple perversion de l'influence cérébrale, perversion

qui ne se rattache pas davantage à une vie en plus qu'à une vie en moins, et qui résulte de ce que le cerveau doit vivre d'une autre vie, par cela seul qu'il ne reçoit plus sa quantité normale de sang, et non pas seulement parce qu'il est moins excité.

» Mais ce n'est pas tout : lorsque nous avons rapporté les symptômes à l'hyperémie dans un cas, à l'anémie dans un autre, avons-nous été au fond des choses? En aucune façon; car cette hyperémie et cette anémie sont elles-mêmes de simples effets, que souvent, chose remarquable, la même influence peut produire : ainsi, par une émotion vive, la peau de la face rougit chez l'un et pâlit chez l'autre.

» Dans les centres nerveux, comme ailleurs, avant la production de l'hyperémie ou de l'anémie, il faut concevoir une modification première de la force quelconque qui soumet à certaines règles la circulation cérébrale. Au milieu de ces nombreux courants, de ces oscillations de globules qui se passent au sein des trames organiques, combien de causes toujours présentes, et dont l'influence nous est entièrement inconnue, peuvent déranger un courant et modifier la distribution des globules : ainsi doivent agir sur eux, comme autant de forces, ou, en d'autres termes, comme autant de causes de phénomènes, soit l'électricité, soit l'état hygrométrique.

» Lorsqu'on creuse ainsi le terrain sur lequel se débat la question, on arrive bientôt à concevoir que l'hyperémie et l'anémie, dans le cerveau comme ailleurs, ne sont elles-mêmes que des phénomènes secondaires, que de simples effets. Mais ces effets inconstants et variables ne suivent pas nécessairement l'action de la cause; ils peuvent manquer, et cependant les symptômes persisteront encore! car ils dépendent moins de l'état même d'hyperémie ou d'anémie cérébrale, que de la modification organique qui les précède et qui les cause. Aussi nos ouvertures de cadavres nous montrent, pour expliquer des symptômes identiques, tantôt un état d'hyperémie, tantôt un état d'anémie, tantôt rien d'insolite dans la quantité de sang que contient le cerveau, et dans ce cerveau, d'ailleurs, aucune lésion appréciable par nos moyens actuels d'investigation; c'est que ces moyens ne nous montrent pas tout; c'est que par eux nous ne découvrons encore que des effets; c'est que la modification matérielle qui précède incontestablement ceux-ci, n'a pas besoin qu'ils se produisent pour qu'il y ait trouble dans les fonctions de l'organe. Cependant, une fois produites, les lésions diverses que notre anatomie actuelle est apte à révéler, peuvent donner naissance à des accidents qui dépendent d'elles seules, et qui en fondent le diagnostic. Ainsi les désordres de mouvements, de sentiment et d'intelligence qui accompagnent une hémorrhagie ou ramollissement du cerveau, n'ont plus la même physionomie que dans le cas où ils sont liés à une simple hyperémie cérébrale, et que dans le cas où ils ne s'expliquent par aucune des lésions que notre scalpel peut nous révéler.

» On comprend de quelle importance sont ces considérations pour la solution de plus d'un problème de thérapeutique. Ce n'est qu'en admettant, par exemple, que tout délire n'est pas le résultat d'une congestion cérébrale, qu'on peut concevoir les effets vraiment merveilleux que produit l'opium dans certains délires qu'on a désignés sous le nom de *délire nerveux*, et auxquels sont spécialement sujets les individus qui ont fait abus des liqueurs alcooliques. Voici à cet égard ce qui s'est passé récemment sous nos yeux.

» Un homme, dans la force de l'âge, sujet à s'enivrer, entre à la Pitié avec un érysipèle à la face. Lorsque cette inflammation est sur le point de se terminer, le malade est pris tout à coup d'un délire furieux; on lui met des sangsues, on le saigne sans aucun succès; je me décide à tenter l'usage de l'opium. Je prescris quarante gouttes de laudanum de Rousseau dans une potion de cinq onces, et je recommande que cette potion soit donnée par cuillerée à bouche toutes les heures. Cette prescription est exécutée; cependant aucun amendement n'a lieu, et le lendemain matin le délire persiste dans toute son intensité. Je ne me décourage point, et je fais mettre dans la même quantité de liquide un gros de laudanum de Rousseau. Après l'avoir pris tout entier, le malade s'endort d'un sommeil profond et tranquille, et lorsqu'il se réveille il a toute sa raison. Le jour même il commence à manger, et il sort de l'hô-

pital deux jours après très bien portant. » (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 298.)

Symptomatologie. — M. Andral admet huit formes dans les symptômes produits par l'hyperémie cérébrale : « La première forme, dit-il, est caractérisée surtout par les étourdissements ; ils ont une intensité plus ou moins grande ; les malades peuvent avoir en même temps de la céphalalgie, des éblouissements, des tintements d'oreille, des aberrations passagères de la vue, un embarras momentané de la parole, des fourmillements dans les membres et quelquefois à la face. La figure est ordinairement colorée, les yeux sont injectés ; le pouls est ordinairement peu fréquent et de force variable.

» Cet état peut ne durer que quelques instants ou quelques heures ; mais il peut aussi se prolonger pendant plusieurs mois, persister même pendant plusieurs années. Chez certains individus il ne se montre qu'une fois, chez d'autres il reparaît à des intervalles plus ou moins éloignés. Nous avons vu un homme âgé de cinquante-neuf ans qui, depuis une trentaine d'années, n'avait pas passé un seul jour sans avoir, à différents degrés, l'un ou l'autre des symptômes signalés dans le précédent paragraphe. Un autre les avait éprouvés depuis l'âge de trente ans jusqu'à celui de trente-quatre. Il en avait été ensuite complétement débarrassé jusqu'à l'âge de quarante-huit ans, époque à laquelle il fut repris de violents étourdissements. Nous avons recueilli l'observation de plusieurs individus chez lesquels tous les ans, à peu près dans le même mois, ces étourdissements reparaissaient. Chez quelques femmes ils se montrent, d'une manière régulière; au retour de chaque époque menstruelle.

» Après que ces étourdissements ont duré plus ou moins longtemps, il peut arriver qu'ils acquièrent tout à coup assez d'intensité pour qu'ils se transforment en une perte subite de connaissance ; mais celle-ci peut également survenir sans avoir été précédée d'étourdissements ; c'est cette perte instantanée de connaissance, avec ou sans étourdissements antécédents, qui caractérise la seconde forme de congestion cérébrale. Dans cette forme, les malades tombent à terre privés de toute intelligence, de tout sentiment et de tout mouvement ; mais si on soulève leurs membres, ils ne retombent pas de leur propre poids, et quelques uns les soutiennent en l'air. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de paralysie. Ils peuvent rester dans cet état depuis quelques minutes jusqu'à vingt-quatre ou trente heures, puis ils reviennent à eux et se rétablissent promptement, sans conserver aucune lésion du mouvement ou du sentiment. D'autres, après être revenus à eux, conservent pendant quelques jours un peu de gêne dans l'accomplissement de la vie de relation. Ainsi leur parole est embarrassée, ou leurs mouvements sont difficiles.

» En même temps que les malades tombent sans connaissance, ils peuvent être frappés de paralysie, soit générale, soit bornée à une seule partie du corps. Voilà la troisième forme de congestion cérébrale. Mais presque en même temps que se dissipe la perte de connaissance, on voit aussi disparaître la paralysie, de telle sorte qu'on ne saurait admettre qu'il y eût dans ce cas hémorrhagie cérébrale. Les observations que nous avons citées démontrent d'ailleurs la possibilité de cette paralysie sans qu'aucun épanchement de sang ait eu lieu dans le cerveau. Au lieu d'une suspension générale ou partielle de la motilité, cette fonction peut s'accomplir d'une manière irrégulière, désordonnée, sans participation de la volonté. Alors, en même temps qu'il y a perte de connaissance, on observe, soit différents mouvements convulsifs, soit la contraction permanente d'un certain nombre de muscles ; tous ces accidents durent tout au plus quelques heures, puis ils disparaissent sans laisser aucune trace. C'est là ce qui constitue la quatrième forme de la congestion cérébrale. Dans une cinquième forme, il n'y a plus perte de connaissance, c'est une paralysie qui survient tout d'abord, tantôt limitée à quelques muscles de la face, tantôt étendue à tout un côté du corps. Cette paralysie disparaît très promptement peu d'heures souvent après avoir pris naissance; et dès lors il n'est pas présumable qu'elle soit liée à une hémorrhagie ou à un ramollissement. Notre observation 4 prouve d'ailleurs positivement le contraire. La marche de cette paralysie fut bien remarquable dans le fait suivant.

» Un homme de moyen âge travaillant

aux carrières des environs de Paris est pris tout à coup, au moment où il finissait de dîner, d'un engourdissement de la main droite. Une heure après, il ne peut plus imprimer le plus léger mouvement à tout le membre thoracique droit; il n'y ressent d'ailleurs aucune douleur; sa tête est exempte de souffrances. A cinq heures du soir, il ressent un fourmillement dans le pied droit; bientôt tout mouvement est également perdu dans le membre abdominal droit. Il entre à l'hôpital Cochin. Le lendemain matin, à la visite, l'hémiplégie droite est complète, la sensibilité des membres paralysés est conservée, aucun mouvement ne peut être imprimé par le malade à la joue droite; et lorsqu'il parle, la commissure gauche des lèvres est entraînée en haut, la langue se tire droite, l'intelligence est intacte, le malade éprouve comme un engourdissement (c'est son expression) vers la région frontale; une saignée d'une livre est pratiquée. Dans la journée, le malade peut faire exécuter quelques mouvements légers à ses membres droits. Le lendemain matin, il n'y a plus aucune trace de paralysie. Ce n'est point certainement ainsi que disparaissent les effets d'une hémorrhagie cérébrale ou de toute lésion qui intéresse un peu profondément la pulpe nerveuse.

» La sixième forme de congestion cérébrale est caractérisée par l'apparition subite de mouvements convulsifs partiels ou généraux, sans perte antécédente de connaissance. Ces mouvements se dissipent promptement sans laisser de trace à leur suite. Ils peuvent aussi survenir après que les individus ont éprouvé plus ou moins longtemps des étourdissements, et ceux-ci peuvent leur survivre.

» Dans une septième forme, la congestion cérébrale ne produit plus de coma; elle n'exerce plus d'influence notable sur les mouvements; c'est une intelligence qui est spécialement troublée; on observe un délire violent accompagné d'un grand développement de forces musculaires; le plus souvent, quelque temps avant la mort, le délire est remplacé par un état comateux qui devient de plus en plus profond; cependant nous-même avons vu des cas dans lesquels, jusqu'au moment de la mort, les malades conservaient une agitation extrême, et ne cessaient de parler et de vociférer. Le cas le plus remarquable de ce genre que nous avons observé est celui d'un homme de moyen âge qui, depuis plusieurs heures, poussait sans relâche des cris assez forts pour que le repos de toute la salle en fût troublé. Tout à coup on ne l'entend plus; on s'approche de son lit, il était mort. La foudre ne l'aurait pas plus promptement frappé. A l'ouverture du corps, on ne trouva d'autre lésion qu'une injection très vive de la pulpe cérébrale.

» Il nous reste à signaler la huitième forme de congestion cérébrale : c'est celle dont notre observation 5 nous a montré un exemple. Dans cette forme, on voit apparaître une fièvre continue au début, et pendant la durée de laquelle prédominent surtout les symptômes qui appartiennent à la première forme de congestion cérébrale dont nous avons parlé. Nous avons particulièrement observé cette forme chez de jeunes soldats qui remplirent momentanément nos salles de la Pitié au commencement de l'été de 1831; et à la suite de revues ou de pénibles exercices, plusieurs de ces militaires étaient pris de violents maux de tête, de vertiges, de tintements d'oreille; quelques uns même tombaient tout à coup sans connaissance, et en revenant à eux, ils restaient avec les symptômes précités. Entrés dans nos salles, très peu de temps après l'invasion de leur maladie, ils se présentaient à nous dans l'état suivant : face rouge, yeux injectés et larmoyants, tintements d'oreilles, vertiges, forts étourdissements qui ne leur permettaient pas de se tenir debout, sans être menacés de tomber, souvent des épistaxis, accablement général, tendance continuelle au sommeil, pouls fort et fréquent, peau chaude. D'ailleurs aucune altération appréciable du côté des voies digestives et respiratoires. Cet ensemble de symptômes durait de trois à douze jours; presque tous furent saignés; quelques uns furent simplement soumis à l'usage des boissons délayantes. Peu à peu on voyait diminuer la fièvre, à mesure que disparaissaient les symptômes de congestion cérébrale. Sans doute il n'est pas démontré que toute la maladie ait été ici dans le cerveau; peut-être n'existait-il qu'une simple surexcita-

tion générale à laquelle participait cet organe. Mais toujours est-il que les symptômes prédominants étaient ceux de la congestion cérébrale, qu'en soustrayant la fièvre, on n'aurait plus retrouvé que ces seuls symptômes, et que l'unique indication thérapeutique était de les combattre. Chacun de ces cas ne se termina d'ailleurs pas d'une manière fâcheuse ; chez un seul malade il y eut momentanément du délire ; chez un autre, les étourdissements furent pendant quelques jours tellement violents, que nous redoutâmes qu'ils ne se terminassent par une attaque d'apoplexie. » (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 245.)

De son côté, M. Gendrin décrit ainsi qu'il suit, et d'une manière bien plus complète, d'une part les symptômes de l'*apoplexie fugace*, de l'autre ceux des apoplexies foudroyantes, ainsi que les conséquences, la durée, etc., de ces deux formes principales de la congestion cérébrale.

« A. *Symptômes des coups de sang ou des apoplexies fugaces.* — L'invasion du coup de sang se fait ordinairement par un sentiment subit de faiblesse générale avec vertiges; fréquemment il y a en même temps quelques efforts de vomissement. Le malade perd presque immédiatement connaissance et toutes ses fonctions de relation se suspendent; la tête obéit à son poids, le corps s'affaisse et le malade tombe s'il est debout. S'il est assis, il s'incline sur le côté de son siége ou glisse sur le devant; il semble subitement plongé dans un profond sommeil. Ses membres, soulevés, retombent comme des corps inertes. L'impression stimulante de la lumière sur les yeux, des odeurs et des vapeurs âcres sur la pituitaire, des sons sur l'organe de l'ouïe, des irritants sur la muqueuse buccale, ne provoquent aucune sensation. Le pouls est développé et sans fréquence; assez souvent il est plein et comme rebondissant. La face est ordinairement injectée et comme gonflée ; les yeux sont immobiles, et quand on soulève les paupières, on trouve les conjonctives injectées ; les lèvres sont légèrement violettes ; les artères carotides et temporales battent avec beaucoup de force ; la respiration reste libre, profonde et régulière ; la chaleur de la peau est fréquemment augmentée à la face et sur la tête, tandis qu'elle est diminuée sur les extrémités abdominales et thoraciques.

» Ces symptômes présentent peu de variété pendant toute la durée de l'attaque. Quelquefois, au moment de l'invasion, la face devient subitement pâle et les tempes se couvrent de sueur visqueuse, mais la peau de la face ne tarde pas à se colorer; fréquemment même, dans ce cas, elle devient d'un rouge prononcé et semble tuméfiée ; d'autres fois la face devient alternativement, et presque de minute en minute, pâle et colorée.

» *Degrés d'intensité variables des coups de sang.* — Les coups de sang ont un grand nombre de degrés d'intensité, depuis le léger vertige avec étourdissement, dans lequel le malade sent ses membres chanceler, sa connaissance se perdre et sa tête devenir lourde et embarrassée, et qui se termine en quelques minutes, jusqu'au coup de sang que nous avons décrit sous la forme la plus grave, qui a presque la gravité d'une attaque d'apoplexie confirmée. On a souvent l'occasion d'observer ces divers degrés de la même maladie sur un seul individu, chez lequel on voit les coups de sang se renouveler avec une gravité qui varie à chaque récidive.

» *Durée du coup de sang.* — La durée de cet état apoplectique est généralement courte ; elle ne dépasse pas le plus souvent une à deux heures. Les cas dans lesquels elle atteint dix à douze heures, sans que la paraplégie se manifeste, sont très rares. Dans les coups de sang légers, les accidents durent à peine quelques minutes ; ils se réduisent à un étourdissement, à un vertige intense qui ne suspend qu'instantanément les fonctions de relation.

» *Suites immédiates des coups de sang.* — A la terminaison du coup de sang, le malade semble se réveiller d'un profond sommeil. Le plus souvent, le retour de la sensibilité de la peau à l'action des irritants, quelques mouvements comme automatiques des membres, de longues, fréquentes et profondes inspirations, précèdent de quelques instants le terme de l'attaque.

» Revenu à lui, le malade n'a aucune conscience de ce qu'il vient d'éprouver. Son regard exprime l'étonnement ; ses réponses sont lentes pendant quelques minutes ; il semble chercher ses mots ; il a

souvent de la difficulté à articuler ; sa langue lui semble gonflée dans la bouche. Ces derniers symptômes disparaissent en quelques instants. La santé ne devient pas le plus souvent immédiatement complète ; il reste de la pesanteur à la tête ; souvent de la céphalalgie, un bruissement dans les oreilles, un sentiment de chaleur dans les tempes, de la propension au sommeil, une paresse des facultés intellectuelles, une propension au repos et une sorte de répugnance pour le mouvement qui indiquent que le cerveau, comme fatigué, n'a pas encore repris toute l'activité de son action. Le malade n'est en général rétabli complétement qu'au bout de deux ou trois jours.

» Il n'est pas rare d'observer, après les attaques de coup de sang, une ecchymose sur la conjonctive. Cette ecchymose ne se manifeste, le plus souvent, que quelques heures après que les symptômes immédiats du coup de sang ont cessé. La teinte d'abord rouge uniforme de cette ecchymose, devenant ensuite rouge jaunâtre ou violâtre, et enfin jaune avant de disparaître, prouve que ce symptôme n'est qu'une petite hémorrhagie infiltrée sous la conjonctive.

» L'épistaxis survient quelquefois après le coup de sang ; mais l'affection de la pituitaire n'est pas toujours portée jusqu'à l'hémorrhagie, au moins d'abord ; il reste seulement un enchifrenement avec pesanteur, chaleur et sécheresse dans les fosses nasales et les sinus olfactifs. Ces symptômes, qui appartiennent à une simple congestion, tantôt finissent par l'épistaxis, tantôt se dissipent peu à peu.

» *Terminaisons des coups de sang.* — Les coups de sang ne se terminent jamais par la mort. La suspension des fonctions du centre nerveux n'est jamais portée dans ces maladies au point de modifier l'action des organes de la circulation et de l'hématose. Mais le coup de sang peut n'être que la première période de l'attaque d'apoplexie ou de paraplexie ; ce n'est qu'ainsi qu'il peut compromettre rapidement la vie.

» Il est rare que le coup de sang ne se renouvelle pas plusieurs fois à des intervalles irréguliers, ordinairement d'autant moins longs que les récidives deviennent plus fréquentes. C'est ainsi que l'on voit des personnes qui ont trois ou quatre coups de sang tous les ans, pendant plusieurs années de leur vie. La maladie prend souvent, dans quelques-unes de ces attaques, tous les caractères d'une véritable apoplexie, qui, si elle ne détermine pas la mort, laisse au moins après elle des altérations graves et souvent irréparables des fonctions de relation ; il est cependant plus ordinaire que les attaques se renouvellent sans jamais dépasser l'intensité d'un coup de sang, et même d'un coup de sang très peu prolongé et d'une faible gravité, n'excédant qu'à peine un vertige fugace.

Effets des coups de sang répétés. — « La reproduction fréquente des coups de sang finit par léser gravement les fonctions cérébrales. Des hommes doués de la plus grande vigueur, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, sous l'influence de cette succession de coups de sang, perdent peu à peu toute leur énergie, deviennent pusillanimes, n'ont plus de volonté stable, s'effraient et s'irritent pour la plus légère cause. Leurs facultés intellectuelles s'affaiblissent, la mémoire se perd, les mouvements volontaires deviennent faibles et incertains, les membres sont tremblants, les fonctions sensoriales s'émoussent. Des hommes encore dans la force de l'âge finissent ainsi par arriver à la débilité et à la démence sénile.

» Un professeur de langues, âgé de quarante-huit ans, d'une forte constitution, fut pris, dans la convalescence d'un rhumatisme aigu, d'un coup de sang qui le renversa subitement au moment où il se disposait à dîner. Il resta sans connaissance pendant une demi-heure, après laquelle il reprit ses facultés, ne conservant de cet accident qu'une pesanteur de tête qui se dissipa en quelques jours. Cette attaque se renouvela deux fois encore dans les trois mois suivants. Cependant cet homme avait repris toute sa force dans l'année 1828. Il avait alors cinquante ans. Nous lui donnâmes des soins pour une violente attaque de goutte qui le tint au lit pendant près de trois mois. Il nous raconta alors les accidents qu'il avait éprouvés, qu'il qualifiait de trois attaques d'apoplexie. Deux mois après la guérison de sa goutte, cet homme eut un quatrième

coup de sang vers dix heures et demie du soir, au moment où il revenait de dîner en ville. Nous le trouvâmes sur les onze heures du soir encore sans connaissance, privé de mouvement et de sentiment. Le pouls était large et plein, la respiration large et profonde, la face colorée. L'invasion de l'attaque avait été marquée par un vomissement d'aliments à demi digérés. Nous pratiquâmes une large saignée et nous fîmes promener des sinapismes sur les extrémités. La connaissance revint presque immédiatement. Le lendemain matin, il était en sueur, il se plaignait d'une légère pesanteur de tête ; le pouls était large, souple et peu fréquent. Le surlendemain il était entièrement rétabli. Cet état de santé ne dura guère, car six semaines après, des vertiges, de la pesanteur de tête, principalement le matin, et des étourdissements, firent craindre un nouveau coup de sang, et cédèrent à deux saignées du pied. Mais ces symptômes revinrent au bout de quelques jours, et furent suivis d'un coup de sang qui n'eut que très peu de durée. Cet homme se retira alors à la campagne, aux environs de Paris. Tous les trois ou quatre mois, il avait des coups de sang qui n'étaient souvent précédés d'aucun symptôme précurseur. En 1833, il se fit amener à Paris pour nous consulter sur une autre maladie qu'il avait depuis six mois. Il avait eu alors vingt-deux attaques ; il pouvait à peine se soutenir, tant il tremblait sur les jambes. Les bras étaient aussi le siége d'un tremblement continuel lorsqu'il voulait les mouvoir ; cependant les téguments avaient conservé toute leur sensibilité et les mouvements volontaires s'accomplissaient. La mémoire était très faible, au dire du malade et de sa famille ; il pleurait en nous racontant les douleurs d'estomac qu'il éprouvait après le repas. Le bruit d'une porte lui causait un ébranlement général et une sorte d'effroi. Il ne pouvait entendre parler à haute voix sans éprouver au bout de quelques instants une fatigue dans la tête qu'il comparait à l'effet d'une calotte de plomb qui lui eût pesé sur le sinciput. La maladie nouvelle dont cet homme était affecté était un carcinôme de l'estomac encore peu avancé. Il resta à Paris pour y recevoir les soins que nécessitait cette maladie qui continua ses progrès et se termina par la mort en décembre 1834. Au mois de juillet précédent, il avait eu une attaque, la seule qu'il eût eue depuis son retour à Paris ; elle fut des plus intenses. Il resta dix-huit heures dans un état presque comateux, entièrement privé de mouvement. La sensibilité des téguments des extrémités ne semblait cependant pas éteinte, à en juger par les mouvements comme automatiques très limités que l'on provoquait en le pinçant. Cette attaque le laissa dans un état de débilité tel qu'il fallait le soutenir sous les bras pour le faire marcher quelques pas dans sa chambre. La mort arriva au dernier terme de la débilité et du marasme produits par la maladie de l'estomac. A la dissection du cadavre, les investigations les plus minutieuses ne nous firent pas trouver la moindre apparence de lésion morbide dans le cerveau, dans la moelle épinière et dans leurs annexes. L'état des vaisseaux artériels et veineux encéphaliques fut constaté avec soin. L'estomac était le siége d'une ulcération cancéreuse très étendue ; il y avait trois tubercules cancéreux dans le foie et deux à la racine des poumons dans les ganglions bronchiques.

» Nous avons ouvert le cadavre d'un homme qui était arrivé à un tel état de faiblesse et de tremblement des membres inférieurs, qu'il ne pouvait se tenir debout et qu'il était dans un véritable état de démence sénile depuis trois ans, quoiqu'il n'eût que soixante-deux ans. On l'avait apporté à l'hôpital pour sa dixième attaque de coups de sang. Il avait repris son état de santé en quelques heures, par suite de l'application de sinapismes aux jambes. Toutes les attaques antécédentes n'avaient pas déterminé d'accidents plus prolongés. Il était depuis un mois à l'hôpital sans présenter d'autres symptômes que la débilité générale des mouvements et des facultés intellectuelles, lorsqu'il contracta une pneumonie qui le fit périr en huit jours. Nous ne trouvâmes pas dans le cerveau et dans la moelle épinière, et leurs annexes, la plus légère trace de maladie.

» B. *Symptômes des apoplexies foudroyantes.* — Après des prodromes plus ou moins prononcés, l'invasion de l'apoplexie est le plus ordinairement su-

bite. Celui qu'elle frappe tombe immédiatement, tantôt comme frappé de défaillance, tantôt comme surpris par le sommeil. Toutes ses fonctions de relation se suspendent comme dans un violent coup de sang. Les mouvements de la respiration sont en même temps ralentis ou accélérés, mais superficiels ; ils ne s'accomplissent qu'avec une sorte d'effort des muscles de la poitrine ; ils deviennent d'instant en instant plus courts et plus incomplets. Le stertor trachéal ne tarde pas à se manifester : en même temps les battements du cœur deviennent irréguliers et intermittents. La peau perd sa chaleur aux extrémités ; une sueur froide et visqueuse mouille les tempes ; de la salive spumeuse s'écoule par les commissures des lèvres ; la langue, gonflée et livide, paraît quelquefois remplir la bouche et faire saillie entre les dents.

» *Durée et terminaison de l'apoplexie foudroyante.* — L'apoplexie intense se termine par la mort, quelquefois presque instantanément, mais le plus souvent au bout de quelques heures. Il est rare que les malades, jetés ainsi dans le coma avec ralentissement de la respiration, survivent trente-six heures à l'attaque. C'est cette apoplexie qu'on a qualifiée de foudroyante.

» *Symptômes de l'apoplexie grave non immédiatement mortelle.* — L'apoplexie n'a pas toujours un aussi haut degré de gravité, une marche aussi rapide et une terminaison funeste. Elle ne diffère souvent d'un coup de sang intense que par un certain degré de ralentissement de la respiration, ou par une accélération des mouvements respiratoires qui sont courts et incomplets. Ce dernier symptôme persiste sans s'aggraver, ou disparaît au bout de quelques heures, ou même de quelques instants, ne laissant subsister que l'état de suspension des fonctions de relation. Le malade reste alors dans cet état pendant un temps qui n'excède que rarement deux à trois jours ; puis les symptômes diminuent rapidement, les fonctions de relation se rétablissent, et le malade entre en convalescence.

» *Forme de l'apoplexie à accroissement progressif.* — Entre le degré d'intensité le plus faible de l'apoplexie et l'apoplexie rapidement funeste, se trouve un degré moyen qui suit souvent une marche progressivement croissante. Une fois le malade jeté dans le coma, on voit le ralentissement et la gêne de la respiration se reproduire et disparaître par instants pendant un ou deux jours ; l'excrétion des matières fécales, des urines, devenir impossible ou s'accomplir involontairement ; le coma devenir de plus en plus profond. La sensibilité, qui n'était d'abord suspendue que sur les téguments externes, se perd sur la muqueuse buccale, dans le pharynx, à l'origine de la glotte, de manière qu'on peut titiller et irriter directement ces parties sans provoquer ni envies de vomir, ni toux. Les mouvements volontaires se suspendent d'instant en instant dans un plus grand nombre de muscles. La terminaison funeste est le terme de tous ces accidents ; elle est d'autant plus prompte, que la respiration devient plus rapidement et plus profondément gênée. Dans quelques cas heureux, les accidents, quoique parvenus à ce haut degré d'intensité, suspendent leur accroissement, diminuent, et ramènent la maladie à l'état d'un violent coup de sang simple, qui se termine heureusement.

» *Prodromes immédiats des attaques d'apoplexie.* — L'invasion de l'apoplexie est souvent précédée de prodromes qui lui impriment une sorte de marche progressive. Le malade éprouve un sentiment de résolution des forces et de malaise ; il a en même temps des vertiges et une douleur céphalalgique gravative ; ordinairement il se couche pour éviter de tomber. Il veut parler ; la langue lui semble épaisse et gênée dans la bouche ; les mots lui manquent ; il ne les prononce que lentement, comme avec hésitation. Il se manifeste fréquemment en même temps des envies de vomir et même des vomissements. Quelques instants suffisent à la manifestation de ces symptômes ; presque aussitôt toutes les fonctions de relation se suspendent, et l'état apoplectique se confirme.

» *Circonstances dans lesquelles arrive l'invasion de l'apoplexie.* — L'invasion de l'apoplexie arrive souvent le matin, au moment du réveil, ou le soir après le repas ; on l'a vue survenir dans les efforts de la défécation et pendant les étreintes du coït. Elle se déclare aussi quelquefois pendant le sommeil : on trouve le matin le

malade dans le coma et quelquefois mort, conservant dans le lit la position qu'il avait prise en se couchant; dans quelques cas on le trouve tombé de son lit, soit parce que, l'invasion de l'apoplexie ayant été immédiatement précédée d'accidents précurseurs dont il a eu conscience, il a voulu se lever et est tombé, soit parce qu'il a été frappé lorsqu'il se disposait à satisfaire quelque besoin.

» *Différences relatives dans le degré des lésions des diverses fonctions.* — La suspension des fonctions de relation, constante dans les apoplexies, n'est pas toujours au même degré pour toutes ces fonctions. Ainsi, chez un apoplectique, même plongé dans le coma, la sensibilité n'est pas toujours également suspendue par tout le corps; tantôt les pupilles ont conservé leur sensibilité au contact de la lumière, tantôt on peut encore provoquer l'éternuement en stimulant la pituitaire mécaniquement ou par l'action d'un gaz ou d'une poudre âcre irritante. La titillation de la luette ou de la muqueuse du pharynx est quelquefois suivie d'efforts de vomissements. On détermine dans quelques cas des mouvements comme automatiques, en pinçant ou en brûlant légèrement la peau sur certaines parties du corps. Cependant, chez un grand nombre d'apoplectiques, on ne peut plus mettre la sensibilité en action sur aucun organe des sens et sur aucun point des surfaces accessibles à nos moyens d'action.

» Les différences que présente la sensibilité, explorée comparativement sur plusieurs parties du corps des apoplectiques, se retrouvent aussi pour l'abolition de la myotilité chez ces malades. Ainsi la bouche est tirée d'un côté et relâchée de l'autre; la paupière supérieure d'un œil tombe, tandis que celle de l'autre œil reste mobile; le mouvement est encore conservé dans un membre, et seulement affaibli dans un autre. Cette inégalité dans l'abolition de la myotilité dans les diverses parties du corps, si elle existe au début de l'attaque d'apoplexie, ne tarde quelquefois pas à disparaître; si elle se montre ensuite plus tard, elle indique une diminution dans les accidents.

» *Décroissement de l'apoplexie.* — L'extinction des sensations et des facultés intellectuelles cesse d'être complète lorsque la maladie diminue. Des malades, encore privés de sentiment et de mouvement, lorsqu'on les excite vivement, commencent à annoncer par leur regard qu'ils voient les objets qui les entourent et qu'ils entendent les paroles qu'on leur adresse. Ces premiers symptômes sont bientôt suivis d'une diminution de tous les accidents apoplectiques.

» La diminution des accidents se fait toujours d'une manière progressive, ordinairement au bout de douze à vingt-quatre heures, mais elle n'est souvent pas continue et paraît s'accomplir par intervalles. La maladie décroît d'abord en perdant l'extrême gravité de ses accidents, puis reste ensuite stationnaire pendant un certain temps, comme un jour ou deux, après lesquels elle reprend de nouveau sa marche décroissante.

» *Phénomènes critiques liés à la diminution de l'apoplexie.* — La diminution des accidents de l'apoplexie est quelquefois jointe à des phénomènes critiques très prononcés, qui semblent, en se reproduisant, déterminer chaque période de la marche décroissante de la maladie. C'est assez fréquemment une sueur chaude et générale qui survient. Nous venons d'observer une diarrhée qui a précédé et nous a semblé déterminer la diminution et l'heureuse terminaison de la maladie. Les auteurs ont peu fixé leur attention sur ces crises; ils n'ont guère parlé que de celles qui se font par les hémorrhagies, lesquelles sont, en effet, les plus prononcées et les plus faciles, parce qu'elles se lient aux conditions mêmes de pléthore et d'hyperémie encéphalique qui appartiennent aux apoplexies.

» *Des spasmes toniques et cloniques coïncidant avec la paralysie chez les apoplectiques.* — La suspension des mouvements n'exclut pas la présence de contractions spasmodiques des muscles, le plus souvent toniques et quelquefois cloniques, qui s'observent, en effet, chez les apoplectiques. Ainsi les dents sont serrées par le trismus, ou la mâchoire exécute des mouvements de déduction irréguliers; ou la bouche se contourne; le col est raide et la tête renversée, les membres sont maintenus dans une flexion permanente ou agités de mouvements convulsifs. Ces symptômes sont ordinairement de peu de durée; dès que

le coma devient complet, ils n'existent plus, il y a alors résolution complète de tous les muscles frappés de paralysie.

» *Affaiblissement des fonctions de relation suite des apoplexies.* — Ceux qui sont assez heureux pour ne pas succomber à l'apoplexie ne reviennent que lentement à reprendre toutes leurs fonctions de relation. Ces fonctions sont longtemps difficiles, incomplètes, évidemment affaiblies ; les mouvements des membres sont faibles et incertains, les facultés intellectuelles sont émoussées, les organes des sens ne sont plus aussi sensibles à l'action de leurs excitants spéciaux. Les convalescents restent en outre plus immédiatement prédisposés à l'invasion de nouveaux accidents cérébraux qu'ils ne l'étaient auparavant ; aussi leur convalescence est-elle souvent troublée par les coups de sang, ou interrompue par de nouvelles attaques d'apoplexie, ou par l'invasion de phlegmasies encéphaliques. » (Gendrin, *loc. cit.*. p. 382 et suiv.)

L'auteur rapporte, à la suite de cette description, plusieurs observations intéressantes, qui confirment les détails dans lesquels il est entré, et que nous ne pouvons reproduire ici.

Causes et traitement des congestions. — Il serait intéressant, après avoir fait connaître toutes les opinions importantes qui règnent touchant l'anatomie pathologique, la symptomatologie et la pathologie des congestions, d'étudier leur étiologie et leur traitement. Mais les auteurs ont tellement confondu ces deux parties de l'histoire des congestions avec l'étiologie du traitement des hémorrhagies cérébrales proprement dites, que ce serait s'exposer à des répétitions inutiles que d'en traiter ici. Il est donc préférable d'aborder immédiatement l'étude des hémorrhagies proprement dites.

ARTICLE II.

Hémorrhagie cérébrale, *apoplexie hémorrhagique* (H. de Castelnau), *paraplexie* (Gendrin).

Anatomie pathologique. — L'hémorrhagie cérébrale est une des lésions à la fois les mieux circonscrites et le plus souvent exemptes de complications ; l'importance des fonctions que cette hémorrhagie altère ou abolit, jointe à ces deux caractères, donne un intérêt extrême à l'étude de l'anatomie pathologique de l'hémorrhagie ; aussi tous les observateurs de mérite s'y sont-ils livrés avec ardeur, et ont-ils tellement avancé la science sur ce point, qu'à part quelques incertitudes, on peut la considérer comme touchant au degré de perfection compatible avec nos moyens d'examen.

Par suite des progrès que nous venons de signaler, les objets qu'il devient nécessaire d'étudier dans l'anatomie sont devenus très nombreux ; il est nécessaire, en conséquence, de les distinguer nettement les uns des autres, pour éviter, autant que possible, toute confusion. Nous étudierons donc successivement :

1° Les caractères et les modifications successives du sang épanché qui, se coagulant, devient promptement ce qu'on a appelé le *caillot* ;

2° Les caractères de la cavité qui renferme le sang, et les modifications que les parois de cette cavité éprouvent à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'attaque ;

3° Les différents siéges de l'épanchement sanguin ;

4° Les lésions concomitantes qui accompagnent le plus souvent l'hémorrhagie.

Étude de la matière épanchée et des parois qui la contiennent. — Les épanchements de sang dans la substance cérébrale sont presque toujours, ainsi que nous l'avons fait pressentir, limités à une partie assez restreinte de l'encéphale ; dans quelques cas rares, des épanchements multiples ont lieu dans des points plus ou moins éloignés les uns des autres, et enfin on a décrit dans ces derniers temps des épanchements extrêmement ténus, rapprochés les uns des autres, ressemblant, pour ainsi dire, à une injection forcée, et auxquels on a donné le nom d'hémorrhagie *capillaire*. Cette dernière variété aura une mention à part ; nous ne nous occuperons ici que des épanchements assez considérables pour former un caillot.

Lorsque les malades succombent peu de temps après que l'hémorrhagie s'est effectuée, on trouve, à l'ouverture du crâne et dans le tissu cérébral, un caillot de sang brunâtre, le plus souvent entouré encore d'une plus ou moins grande quantité de

sang noir, dont la densité varie depuis celle de la sérosité rougie jusqu'à celle du sang comme sirupeux chargé de cruor à demi dissous; le plus souvent on reconnaît dans le sang les débris de substance cérébrale, malaxés avec ce fluide et plus ou moins ramollis.

Les parois qui renferment le sang sont inégales, déchiquetées, tomenteuses, et ordinairement *ramollies;* le sang leur est adhérent au point de ne pouvoir en être séparé sans en entraîner une partie, et de rendre par conséquent très difficile la délimitation exacte de l'épanchement. *Une teinte jaune ou jaune-rougeâtre*, qui va graduellement en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du caillot, colore les parois du foyer et se prolonge habituellement jusqu'aux points où cesse le ramollissement du tissu cérébral. M. Rochoux, qui a le premier signalé ce ramollissement jaunâtre, lui a accordé une grande importance, et nous serons obligé d'y revenir longuement plus tard.

Les modifications qu'éprouvent et le caillot et les parois qui le renferment, ne sont connues que depuis un temps assez peu éloigné; elles n'ont même pas, on peut le dire, été étudiées assez attentivement et surtout par un assez grand nombre d'observateurs, pour qu'on puisse être définitivement fixé sur leur marche et leurs divers modes de terminaison. M. Rochoux a bien démontré l'existence des cavernes et des cicatrices, qui avaient été entrevues d'abord par Morgagni; mais entre ces cicatrices et le moment même de l'épanchement, il s'opère une foule de modifications qu'il est fort intéressant de connaître; c'est sur ces modifications qu'il reste encore beaucoup à désirer. La principale raison pour laquelle il importe surtout de connaître exactement ces modifications, c'est que depuis Morgagni et M. Rochoux, on était disposé à croire que toutes les cicatrices qu'on rencontrait dans l'encéphale dépendaient d'une hémorrhagie antécédente. Or, d'après les travaux de MM. Rostan, Andral, Cruveilhier et quelques autres, il faudrait rapporter un certain nombre de ces cicatrices, de ces cavernes à des ramollissements non hémorrhagiques. C'était donc dans le but d'arriver à une distinction entre les diverses cicatrices qu'il convenait d'étudier les modifications subies par les foyers hémorrhagiques, ou bien dans le but de démontrer que la croyance qui régnait depuis Morgagni et M. Rochoux était fondée. M. Durand-Fardel a fait à ce sujet un travail important que nous reproduirons ici d'une manière aussi complète que possible.

« Je commencerai, dit-il, par rapporter, d'après mes observations et celles de différents auteurs, une série d'exemples d'hémorrhagie cérébrale datant d'époques diverses, et propres à nous donner une idée des changements qu'éprouvent et le sang épanché et les parois du foyer dans les périodes consécutives de cette maladie. Je me contenterai d'indiquer la date de la maladie, et je transcrirai ensuite textuellement les détails, souvent un peu concis, que je trouverai sur l'état des foyers hémorrhagiques.

I. » *Hémorrhagie datant d'un mois.* — Foyer contenant un caillot central noir, assez ferme et qui ensuite revêt d'une couche fibrineuse les parois du foyer. (Duplay, *Ar. gén. méd.*, 2e série, t. XVI, p. 481.)

II. » *Hémorrhagie de trente-cinq jours.* — L'intérieur de la couche optique droite forme une cavité assez vaste, remplie d'un caillot très dense, plus mou, et très rouge au centre, d'un jaune d'ocre dans ses couches extérieures. Une membrane assez épaisse, jaunâtre, tapisse ce foyer; alentour, la substance cérébrale est, dans une petite épaisseur, jaunâtre et un peu molle. (Observation recueillie à la Salpêtrière.)

III. » *Trente-six jours.* — Foyer du volume d'un petit œuf de poule, plein d'un sang violâtre, grumeleux, mou, comme boueux, tapissé d'une substance molle, tomenteuse, rougeâtre, peu adhérente au tissu cérébral sous-jacent. Cette membrane, enlevée et interposée entre l'œil et la lumière, a paru demi-diaphane, et a présenté dans son épaisseur une multitude de stries vasculaires. Elle se déchirait avec une très grande facilité; la substance cérébrale sous-jacente était lisse, ferme, n'offrait aucune apparence de déchirure ni de ramollissement. (Gendrin, traduction d'Abercrombie, *des Maladies de l'encéphale*, p. 381.)

IV. » *Trente-sept jours.* — Dans le corps strié droit, caverne de 3 pouces de longueur, irrégulièrement allongée, contenant

à peu près 3 onces de sang fibreux et dense qui avait pris une couleur assez semblable à celle de la bure. (Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, Obs. 39, p. 172.)

V. » *Cinq semaines.*—La couche optique gauche est presque entièrement occupée par un foyer sanguin contenant une sorte de bouillie d'un jaune de rouille mêlé de rouge à sa partie supérieure, d'un très beau rouge à sa partie inférieure. C'est un caillot de sang, mais très mou et sans cohésion. Lorsque ce caillot eut été mis à découvert par sa partie supérieure, on l'enleva en ratissant avec le dos d'un scalpel. Il fut détaché en partie entraînant avec lui une couche de substance cérébrale d'un blanc jaunâtre, de 1 millimètre d'épaisseur qui lui formait une espèce de coque. A sa partie supérieure le sang paraissait un peu mélangé à la pulpe nerveuse; il y avait, dans une certaine étendue, ramollissement jaunâtre de la substance cérébrale. En bas, les parois étaient saines et sans ramollissement appréciable. La couche de substance cérébrale qui enveloppait le caillot lui adhérait par une surface tomenteuse, sans apparence de membrane. (Observation recueillie à la Salpêtrière.)

VI. » *Quarante-sept jours.* — En faisant la section de l'hémisphère droit du cerveau, on ouvrit une cavité qui aurait pu renfermer une noix, et qui était formée aux dépens de la partie externe des couches optiques et un peu de la substance médullaire du lobe moyen: elle contenait un liquide de couleur lie de vin, contenant quelques grumeaux assez durs. En détergeant cette cavité par la lotion, on remarqua, à l'aide de la pointe de l'instrument, un tissu celluleux bien marqué dans toute son étendue et d'une couleur jaunâtre; les couches optiques surtout offraient cette couleur. (Lerminier, *Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux*, Paris 1819, p. 205.)

VII. » *Six semaines.* — Au centre de la couche optique droite, cavité remplie par du sang qui ressemble à de la gelée de groseilles noire et consistante. Cette cavité aurait pu contenir une grosse cerise: les parois sont tapissées par une trame cellulaire qu'on détache facilement du tissu cérébral: autour d'elle, celui-ci présente, dans l'espace d'une à deux lignes, une couleur amarante. (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 338.)

VIII. » *Cinquante-deux jours.* — A droite, entre la couche optique et le corps strié, épanchement considérable peu ancien. Membrane jaunâtre, épaisse, bien organisée autour du caillot. (Rostan, *Recherches sur le ramollissement*, p. 382.)

IX. » *Deux mois.* — Au milieu de l'hémisphère droit du cerveau on trouva un épanchement d'à peu près une once de sang, dont la couleur était pâle, et d'une consistance pultacée. (Leroux, *Cours sur les généralités de la médecine pratique*, t. VIII, p. 253.)

X. » *Deux mois.* — A peu près deux cuillerées de sang caillé au centre de l'hémisphère droit du cerveau; parois du foyer enduites à leur surface interne d'une matière puriforme, rouges et enflammées jusqu'à la profondeur de 2 ou 3 pouces en tous sens. (Dan de la Vauterie, *Thèses de Paris*, 1837, n° 68.)

XI. » *De deux à trois mois.* —On trouve au centre de la couche optique gauche une cavité du volume et de la forme d'une grosse noisette. Cette cavité est tapissée d'une membrane d'un jaune de rouille, ayant un demi-millimètre d'épaisseur, molle, mais bien cohérente, parsemée d'un grand nombre de vaisseaux rouges très déliés. Elle est en contact, par sa face interne, avec la pulpe cérébrale, très légèrement indurée à sa surface et d'une teinte jaunâtre fort claire. Elle lui adhère si peu que, soulevée sur un point, on l'en détache sur tout le reste avec la plus grande facilité et sans laisser aucune trace d'adhérence. Par sa face interne, lisse, elle répond à une matière molle, boueuse et d'un rouge de brique, formée par un dépôt de sang altéré; homogène dans toutes ses parties. (Observation recueillie à la Charité. La pièce a été présentée à la Société anatomique, et se trouve décrite dans le *Bulletin de la Soc. anatomique*, t. XVIII, en 1843.)

XII. » *Soixante-quinze jours.* — Foyers récents, les plus gros du volume d'une noisette. Les plus récents présentaient du sang parfaitement reconnaissable. Dans les autres ce n'était plus du sang, mais une matière jaune, filante, comme bilieuse qui allait en s'infiltrant colorer quelques points des parties environnantes. Dans les uns,

rudiment d'une membrane de nouvelle formation; dans les autres, kystes à parois solides et parfaitement distinctes. (Observation inédite extraite des archives de la Société anatomique.)

XIII. » *Trois mois.* — A la partie postérieure de la couche optique gauche, cavité contenant une petite quantité d'un sang grumeleux très noir, insuffisante pour remplir ce foyer, dont une grande partie était affaissée. (Abercrombie, *Traité des maladies de l'encéphale*, p. 389.)

XIV. » *Trois mois.* — A la partie moyenne de la couche optique est une petite cavité pouvant contenir une amande sans son enveloppe, pleine d'un liquide épais, d'un jaune d'ocre foncé, homogène; une membrane très mince en tapissait les parois, qui présentaient la même couleur, mais seulement à leur surface. (Observation recueillie à la Salpêtrière.)

XV. » *Trois mois et demi.* — Dans le corps strié gauche, caverne irrégulièrement allongée d'un pouce cube de capacité, remplie en partie d'un sang couleur de terre de Sarreguemines, fibreux, filamenteux. Les parois étaient plus fermes que le reste de la substance cérébrale et conservaient, dans l'épaisseur de quelques lignes, une couleur d'un jaune clair. (Rochoux, *loc. cit.*, obs. 37, p. 165.)

XVI. » *Quatre mois.* — Petite caverne située à la partie postérieure de l'hémisphère gauche renfermant un petit caillot très consistant, d'un rouge jaunâtre, libre et nageant au milieu de 2 gros de sérosité roussâtre. La surface extérieure de cette cavité était lisse, polie, d'un jaune citron; ses parois, dures, avaient encore près de trois lignes d'épaisseur. La fausse membrane, quoique peu distincte, n'on avait pas moins, comme on le voit, exercé ses fonctions avec succès. (Moulin, *Traité de l'apoplexie*, p. 71.)

XVII. » *Au moins quatre mois.* — De la partie moyenne du corps strié gauche, on voit s'élever une sorte de noyau rougeâtre, assez régulièrement arrondi, du volume d'une noisette, et dont une partie pénètre dans l'épaisseur du corps strié, et l'autre fait saillie à la surface. Il est lisse à l'extérieur, d'un rouge brun, assez mou. Une coupe perpendiculaire le montre composé de couches de sang stratifiées; il est enveloppé d'une membrane mince, assez vasculaire dans la partie qui pénètre le corps strié; la substance cérébrale environnante est un peu molle et d'un jaune d'ocre. (Observation recueillie à la Salpêtrière.)

XVIII. » *Quelques mois.* — A la partie moyenne de la face supérieure de cet hémisphère, à travers les membranes, on aperçoit une teinte d'un beau jaune. Dans cet endroit existe une tumeur du volume d'une noix, qui a pour ainsi dire déplissé une circonvolution cérébrale de l'extérieur, de laquelle on l'enlève facilement. Cette tumeur, fluctuante comme une poche pleine de liquide, est en effet formée par du sang noir liquide, contenu dans un kyste membraneux. Ce kyste, d'une consistance molle et pulpeuse, d'un rouge foncé comme s'il était pénétré de sang, se déchire très aisément; ramollissement alentour. (Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*, p. 76.)

XIX. » *Plusieurs mois.* — A la partie la plus reculée de l'hémisphère gauche, il existe un foyer sanguin du volume d'une grosse noisette, déjà ancien; ses parois sont couleur de rouille; il renferme un caillot rouge foncé au centre, rouille à sa périphérie. Ce caillot a très peu de consistance; il n'adhère nullement aux parois de la cavité. (Observation recueillie à la Salpêtrière.)

XX. » *Cinq mois.* — En dehors et au niveau du corps strié gauche, existait une cavité oblongue, ayant environ 1 pouce de long sur 2 pouces de profondeur, et large de 3 à 4 lignes, remplie par une petite quantité d'un liquide couleur chocolat, tapissée par une membrane mince et lisse, ayant l'aspect d'une membrane séreuse. (Andral, *loc. cit.*, t. I, p. 261.)

XXI. » *Six mois.* — Entre le corps cannelé et la scissure de Sylvius de ce côté, au niveau du premier, se trouvait une cavité d'environ 1 pouce 1/2 d'avant en arrière et de 1/2 pouce dans le sens vertical. Ses parois étaient presque en contact de droite à gauche. Les parois de cette cavité étaient assez fermes et d'une couleur jaune orangé; une sorte de gelée filamenteuse d'un jaune sale y était renfermée. (Fouquier, *Annales de la littérature médicale étrangère*, n° 92, février 1813.)

XXII. » *Au moins six mois.* — La

couche optique droite était jaunâtre et inégale à sa surface ventriculaire, dans son intérieur jaunâtre, assez dense; elle présentait, dans un point de son étendue, la trace d'un épanchement sous forme d'un peu de matière demi-liquide, d'un rouge de rouille. (Observation recueillie à la Salpêtrière.)

XXIII. » *Sept mois.* — L'hémisphère droit est creusé en dehors, au-dessus et en arrière du corps strié, d'une cavité capable de contenir une pomme de moyen volume. Ses parois sont tapissées par une membrane celluleuse, dense, très résistante, et dans la trame de laquelle se ramifient de nombreux vaisseaux. Par sa face externe, cette membrane adhère intimement à la substance cérébrale. La cavité elle-même est remplie par une espèce de bouillie, dont la couleur est celle de la rouille de fer. La substance cérébrale environnante est légèrement jaunâtre et ramollie, dans l'étendue de 4 à 5 lignes. (Andral, *loc. cit.*, t. V, p. 327.)

XXIV. » *Un an.* — On rencontre entre les corps striés et la couche optique une cavité revêtue d'une espèce de membrane jaunâtre, contenant environ une aveline de sang caillé d'un gris violet. (Rostan, *loc. cit.*, p. 43.)

XXV. » *Un an.* — Petite caverne pouvant tout au plus admettre une noisette. Elle était remplie par un petit caillot, ou plutôt par un petit paquet de fibrine d'un rouge clair, humide à sa surface, et seulement contigu à ses parois; celles-ci, de couleur feuille-morte, avaient intérieurement un poli velouté; on y apercevait un lacis de lignes circulaires, et on y soulevait avec la pointe d'un scalpel une lame d'un tissu serré, d'apparence fibreuse et assez ferme, qui n'était autre chose que la fausse membrane organisée. (Moulin, *loc. cit.*, p. 71.)

XXVI. » *Un an.* — La couche optique gauche présente, dans sa partie centrale, une cavité de la forme et du volume d'une très petite amande, et contenant peu de liquide épais, légèrement rougeâtre. Les parois de cette cavité sont saines. (Observation recueillie à la Salpêtrière.)

XXVII. » *Treize mois.* — Dans la partie postérieure du corps strié droit, existe une cavité qui a 1 pouce de longueur sur 1 pouce 1/2 de largeur. Elle est remplie d'une matière semblable, par sa couleur et sa consistance, à une décoction concentrée de chocolat. Aucune fausse membrane n'est étendue sur les parois de cette cavité. Autour d'elle, dans l'étendue d'un demi-pouce environ, la sustance du corps strié est transformée en une pulpe jaunâtre; plus loin, elle a son aspect normal. (Andral, *loc. cit.*, t. V, p. 33.)

XXVIII. » *Vingt et un mois.* — Cavité ayant 10 lignes de long sur 8 de large, pleine de sérosité roussâtre, tapissée d'une membrane jaune fauve, et contenant une petite quantité de sang noirâtre et coagulé. (Riobé, *Thèses de Paris*, 1816, n° 121.)

XXIX. — » Chez une femme hémiplégique depuis plusieurs années, j'ai trouvé l'altération suivante : toute la partie externe de l'hémisphère droit est longée par une cavité longue et étroite, dont les deux extrémités ne sont guère distantes que de 2 centimètres de celle de l'hémisphère. Cette cavité est limitée en dehors par les circonvolutions, en dedans par le ventricule latéral. Vers sa partie moyenne, où elle est beaucoup plus large qu'ailleurs, sa paroi externe a à peine 2 millimètres d'épaisseur. Elle est remplie d'une sorte de détritus qui semble formé d'un mélange de substance et de fibrine, et d'un jaune de bile prononcé. Les parois sont jaunes dans une certaine épaisseur, inégales et ramollies, sans fausse membrane. (Observation recueillie à la Salpêtrière.)

XXX. — » Enfin, M. Serres a retrouvé dans le cerveau, au bout de deux ans dans un cas, de trois ans dans un autre, un caillot de sang desséché, et M. Trochon a présenté, à la Société anatomique, un cerveau dans lequel, au bout de trente ans, du sang a été retrouvé d'un noir foncé, s'écrasant sous le doigt, et auquel M. Guérard a reconnu les caractères chimiques du sang. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1840, n° 5.)

» Maintenant que nous connaissons la plupart des apparences que peut revêtir le sang épanché, et les transformations qu'il peut subir avant son absolue disparition, utilisons les données que peuvent nous fournir ces faits et les autres matériaux placés à notre disposition, pour éclairer le

mécanisme des premiers efforts de réparation des foyers hémorrhagiques. La production d'une membrane autour du foyer est un des premiers phénomènes qui frappent l'attention. Sur nos trente observations, l'existence d'une membrane a été notée dix-sept fois ; dans dix cas, nous ne la trouvons pas mentionnée, et il est permis de penser que, dans la plupart au moins, c'est par inattention ou par oubli ; trois fois, enfin, son absence est expressément signalée.

» La maladie datait, dans ces trois derniers cas, de cinq semaines, de dix mois, de plusieurs années. Dans ces deux derniers, les parois du foyer étaient inégales et un peu molles, mais les malades avaient succombé à des affections étrangères au système nerveux, et sans avoir rien présenté du côté du cerveau, dans les derniers temps de leur vie. Un de ces faits a été observé par M. Andral, les deux autres m'appartiennent : je puis en garantir l'exactitude.

» La fausse membrane peut donc manquer entièrement dans d'anciens foyers hémorrhagiques.

» Nous ne trouvons pas de fausse membrane indiquée avant le trente-cinquième jour; nos observations montrent cependant elles-mêmes qu'elle peut exister bien auparavant, puisqu'elle était dès cette époque assez épaisse (nº 2), désorganisée et vasculaire dans l'observation de M. Gendrin (nº 3); du reste M. Cruveilhier l'a rencontrée le vingt-cinquième jour. Les caillots enlevés, dit-il dans une observation, on voit les rudiments du kyste réparateur, dans un tissu cellulo-vasculaire, extrêmement délié, dont une partie offre une coloration jaune orangé, jaune serin, tandis qu'une autre partie semble encore imbibée de sang. Il n'entre pas dans l'esprit de ce travail tout pratique de nous arrêter sur la texture, sur le mode de formation de cette fausse membrane ; ce sont d'ailleurs des points que l'on a généralement bien étudiés, et sur lesquels je n'aurais pas grand'chose à dire de nouveau. Je me contenterai de rappeler ici que nous trouvons cette membrane décrite, surtout avant le cinquantième jour, comme formée d'un tissu celluleux dont les filaments sont faciles à distinguer quand on les soulève avec la pointe d'un scalpel, molle, plus tard prenant de la consistance, de l'épaisseur, quelquefois tomenteuse à sa surface, généralement lisse. Toutes les descriptions un peu détaillées mentionnent sa vascularité : elle est colorée en jaune foncé, dont la nuance varie suivant celle du sang qu'elle renferme.

» On s'est plu généralement à comparer ce qui se passe dans l'intérieur d'un foyer hémorrhagique, à ce qui s'opère sous nos yeux dans le sang extrait de la veine. D'abord on trouve, dit-on, une sérosité limpide, incolore ou rougeâtre, dans laquelle nage un caillot ; puis ensuite la partie liquide du sang disparaît, et il reste un caillot sec et dense qui doit être résorbé. Dans ce but, la membrane exhale un liquide séreux qui dissout et ramollit la fibrine du sang ; à cette exhalation succède l'absorption, qui finit par faire disparaître tout le caillot.

» Si l'on a occasion de voir le sang épanché quatorze ou quinze jours après l'attaque, on trouve qu'il n'a déjà plus l'apparence de sang extravasé. La partie la plus fluide a en grande partie disparu, et le caillot est devenu plus dense et d'une couleur noire brunâtre. Plus tard, ce caillot prend une texture ferme et comme fibreuse ; la couleur rouge brune se perd graduellement, et la dernière partie qui reste est une petite masse de fibrine d'une couleur généralement rougeâtre, qui disparaît aussi entièrement au bout d'un certain temps.

» Suivant M. Moulin, au bout de deux ou trois mois, le caillot ne remplit plus exactement la cavité du foyer ; il est isolé au milieu d'elle par une quantité plus ou moins grande, d'une sérosité rougeâtre. Il paraît formé de plusieurs couches dont la consistance et la couleur feuille-morte diminuent du centre à la circonférence. Il dit ailleurs : Une fausse membrane, semblable aux séreuses, se développe peu à peu et s'organise à la longue autour de l'épanchement sanguin. Bientôt cette membrane met le dernier cachet à sa nature séreuse en exhalant des gouttes de sérosité dans la caverne apoplectique : ce liquide, continuellement renouvelé, délaye couche par couche ce caillot ; les particules, détachées et rendues liquides, sont absorbées

à mesure. Ce pénible travail ne cesse ordinairement qu'après la disparition des derniers linéaments sanguins.

» Entre le caillot et les parois de la cavité, dit encore l'auteur d'une assez bonne thèse sur les maladies du cerveau, il existe une certaine quantité de sérosité qui semble être disposée à se résoudre; il pâlit de plus en plus, devient d'un jaune safrané, et finit par être absorbé. » Enfin, je trouve dans une autre thèse le passage suivant : « Si le malade ne succombe que douze ou quinze jours après l'attaque. . ., le caillot de sang est entouré d'une lymphe roussâtre qui a commencé à liquéfier sa circonférence. »

» J'ai multiplié ces citations, parce qu'elles nous présentent fidèlement la manière dont on conçoit en général le mécanisme de la réparation des foyers apoplectiques. L'idée dominante est, comme on le voit, que la partie fibrineuse du sang s'isole des parois des foyers environné d'une sérosité qui, sécrétée par la fausse membrane elle-même, a pour but d'en faciliter la résorption, en le pénétrant et le délayant. Cette manière de voir, peut-être exacte pour quelques faits isolés, est certainement erronée, si on la considère à un point de vue général.

» Nous n'avons trouvé le caillot nageant dans de la sérosité que dans deux cas (17 et 29), datant l'un de quatre, l'autre de vingt et un mois. Dans tous les autres, le sang ou le résidu remplissait exactement la cavité du foyer. Trois fois le sang avait conservé sa physionomie naturelle (7, 8, 19), gelée de groseille ou liquide, même au bout de plusieurs mois; deux fois, au bout de trente-cinq jours, l'épanchement était réduit en un caillot très dense, plus mou au centre (2), ou consistait en un sang fibreux et dense (4). Six autres fois (1, 9, 11, 18, 25), on a trouvé le sang entièrement coagulé à des époques très diverses : nous ne trouvons rien de remarquable dans ces faits ; une fois seulement le caillot était disposé en couches stratifiées distinctes. En général, quand l'épanchement n'est pas très ancien surtout, les caillots sont encore rouges au centre, lorsqu'ils ont pris une couleur jaune rouillée à leur circonférence.

» Enfin, dans les dix-sept autres cas, le sang formait une matière épaisse, molle, boueuse, filante, demi-liquide, etc., ressemblant à une décoction de chocolat, à une matière bilieuse, etc. Parmi ces faits, il y en a de dates fort diverses, depuis trente-six jours jusqu'à plusieurs années : la plupart datent de trois à sept mois.

» De ces diverses apparences que revêt le sang épanché dans les foyers hémorrhagiques, nous tirerons les conclusions suivantes :

» A. Il se passe en général un temps impossible à fixer avec précision, mais certainement assez long, avant que le sang épanché disparaisse absolument, puisqu'au bout de plusieurs mois, nous le retrouvons non seulement très reconnaissable, mais encore semblant fort éloigné d'une complète résorption.

» B. Quelquefois même du sang peut demeurer indéfiniment en nature et avec des caractères faciles à reconnaître, dans un foyer hémorrhagique; mais il faut considérer ces faits comme exceptionnels.

» Le mode de résorption du sang épanché nous présente deux ordres de faits bien distincts.

» C. Dans quelques cas rares, la partie solide, fibrineuse du sang semble se rétracter, s'isole des parois du foyer : elle en est séparée par de la sérosité, au milieu de laquelle elle subit sans doute un travail long et graduel de résorption.

» D. Dans le plus grand nombre des cas, quels que soient les changements que subit le sang épanché, les parois du foyer semblent suivre le travail de rétraction ou de résorption de ce sang. Le foyer se rétrécit à mesure que diminue la quantité de sang épanché.

» Telle est la marche qui paraît avoir été suivie dans presque tous les faits consignés dans la science.

» E. Dans le plus petit nombre de ces cas, le sang paraissait à peine modifié dans ses qualités extérieures.

» F. Le plus souvent il était réduit en un caillot plus ou moins dense.

» G. Le plus souvent enfin il était altéré et transformé en un liquide épais, boueux, visqueux, granuleux, etc. » (Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 280. — *Mémoire sur la réparation et la cicatrisation des foyers hémorrhagi-*

ques du cerveau, Archiv. génér. de méd., avril, 1844.)

Après avoir rapporté tous les faits précédents et en avoir tiré les conclusions qu'on vient de lire, M. Durand-Fardel passe à l'étude des modifications qu'éprouvent les parois mêmes du foyer. Cette étude offre plus de difficultés encore que celle des modifications du caillot; car lorsque toutes traces de caillot ont disparu, et qu'on se trouve en face d'une altération anatomique de la pulpe cérébrale, une question fort difficile se présente toujours. Cette lésion reconnaît-elle pour cause une hémorrhagie antécédente? Il ne suffit pas, en effet, pour résoudre cette question, d'apprendre que l'individu dont on examine le cadavre a eu autrefois une attaque d'apoplexie; car on sait bien combien peu l'on doit compter sur les affirmations des personnes étrangères à la science, lorsqu'il s'agit de l'existence d'une maladie. Ce ne sera donc que dans les cas où l'on pourra mettre hors de doute, par des détails circonstantiés, l'existence antérieure des principaux symptômes de l'apoplexie (particulièrement la perte subite de connaissance et l'hémiplégie d'une certaine durée) que l'on pourra se considérer comme ayant acquis une certitude touchant l'existence de l'affection elle-même.

Ainsi donc lorsqu'on trouvera encore des fragments reconnaissables de caillot, et lorsqu'on pourra mettre hors de doute l'existence antérieure des principaux symptômes de l'apoplexie, on sera autorisé à rapporter à cette affection les lésions qu'on aura sous les yeux. Selon MM. Dechambre (*Mémoire sur la curabilité du ramollissement cérébral, Gaz. méd. de Paris*, 18 mai 1838) et Durand-Fardel, il faudrait ajouter une troisième cause de certitude aux deux précédentes: c'est la présence, dans le tissu altéré, d'une coloration jaune. M. Dechambre, en particulier, pense non seulement que l'on doit rapporter toute coloration jaune à un épanchement sanguin, mais il pense même qu'un caillot ne peut pas se résorber sans laisser cette coloration comme trace de son existence.

A ces caractères positifs on doit joindre un caractère négatif, au moins suivant M. Durand-Fardel, c'est que jamais un foyer sanguin ne peut se réparer sans laisser à sa suite, soit une cicatrice reconnaissable, soit une cavité remplie de liquide. Ainsi toute induration, tout ramollissement qui n'aura pas un de ces deux caractères n'appartiendra pas à l'apoplexie. Mais toute cicatrice ou toute cavité n'appartiendra point nécessairement à l'apoplexie; car le ramollissement, suivant M. Durand, peut aussi être suivi de ces cavités ou de ces cicatrices. Pour distinguer les unes des autres ces cavités ou ces cicatrices, il faut, dit M. Durand, suivre ces altérations dans les deux affections qui les produisent depuis leur origine jusqu'à leur terminaison. C'est effectivement ce que fait ce médecin, d'abord pour l'hémorrhagie, puis pour le ramollissement. Nous ne ferons connaître que la première partie de son travail, réservant la seconde pour l'histoire du ramollissement.

D'après les observations qu'on a déjà lues plus haut, M. Durand-Fardel rapporte à quatre formes les traces que peut laisser à sa suite la résorption du caillot:

1° Persistance des éléments solides du sang au sein de la pulpe cérébrale;

2° Cavités pleines de sérosité;

3° Cavités à parois contiguës;

4° Cicatrices.

1° *Persistance des éléments solides du sang au sein de la pulpe cérébrale.* — La science est peu riche en faits bien concluants de ce genre. M. Durand renvoie à ceux qu'il a rappelés dans son paragraphe XXXI que nous avons rapporté. On peut y ajouter des cas où MM. Rochoux (*Recherches sur l'apoplexie*, p. 190, 2ᵉ éd.), Bouillaud (*Traité de l'encéphalite*, p. 83 et 185), Calmeil (*De la paralysie chez les aliénés*, p. 249 et 385) et Lallemand (*Lettres sur l'encéphale*), ont trouvé des productions analogues à celles signalées par MM. Serres et Trochon, productions qu'ils ont aussi plus ou moins explicitement rapportées à des débris de sang transformé.

2° *Cavités pleines de sérosité.* — « Dans le plus grand nombre des observations que j'ai rapportées, dit M. Durand, on trouve qu'au bout de plusieurs mois les foyers hémorrhagiques forment des cavités isolées, tapissées d'une fausse membrane, contenant une bouillie ou un liquide formé de sang altéré, décomposé, paraissant sous des apparences de toutes sortes. Cette li-

quidité du sang à cette époque tient sans doute à la présence d'une certaine quantité de sérosité qui n'est pas la sienne, et qui ne peut vivre que des parois du foyer lui-même. En effet, dans les premiers jours qui suivent l'hémorrhagie, il est facile de s'assurer que la partie liquide du sang se résorbe, et que les parties solides demeurent seules dans le foyer. N'est-ce pas ce dernier travail de résorption qui permet à la substance cérébrale environnante, d'abord refoulée, de revenir ensuite sur le foyer, d'en rétrécir promptement le diamètre, et de favoriser ainsi un certain amendement dans les premiers symptômes? Puis une fausse membrane se forme, sous l'influence sans doute du travail inflammatoire et organisateur que la déchirure d'un tissu et la présence dans son sein d'un caillot étranger y déterminent. Cette membrane formée, pourvue de vaisseaux, sécrète de la sérosité qui remplace celle du sang résorbé au début, et fournit un des éléments de ces bouillies, de ces gelées, de ces liquides de consistance et d'aspect si variés, dont nous avons lu la description. La présence de cette sérosité dans le résidu du sang épanché, nous la constatons positivement; son origine, nous croyons pouvoir la déduire avec non moins de certitude. Pour ce qui se passe ensuite, ce n'est plus qu'une induction très probable. Quand cette résorption que nous venons de voir à ses degrés divers du sang épanché est complétement effectuée, il ne doit plus rester que cette sérosité qui se mêlait naguère à ce sang. Nous trouvons alors de simples cavités séreuses. » (Durand, *Mémoire cité*, *Archiv. génér.*, *de méd.*, avril 1844.)

L'auteur cite ensuite plusieurs observations dans lesquelles on a trouvé des cavités offrant les divers caractères qu'il a indiqués, depuis le moment où existe encore le sang parfaitement reconnaissable jusqu'à celui où toute trace de caillot a disparu ; puis il termine par la description générale suivante l'étude de ses cavités.

« Elles sont généralement d'une étendue peu considérable, et la raison en est simple : c'est que des foyers hémorrhagiques d'une grande étendue entraînent généralement la mort dès les premiers temps de leur existence, ou bien s'ouvrent dans les ventricules ou au dehors du cerveau, et n'en sont que plus sûrement et plus promptement mortels. La substance cérébrale qui les environne est habituellement indurée dans une petite étendue ; quelquefois, et c'est presque seulement autour des plus petits foyers, elle est tout à fait à l'état normal; lorsqu'elle est ramollie, cela est dû à une complication ou à l'apparition consécutive d'un ramollissement. La membrane qui la tapisse est presque toujours comparée à une séreuse, lisse, vasculaire, mince, transparente, cependant facile à isoler et douée d'une résistance notable. Je me suis assuré qu'en général l'épaisseur, la densité et le diamètre des vaisseaux de ces membranes sont en raison de la grandeur des foyers. Quant au liquide contenu, il est transparent, semblable à de la sérosité incolore ou colorée. Remarquez ceci surtout, qu'on le trouve toujours décrit limpide et transparent, circonstance importante et sur laquelle nous reviendrons plus tard.

» Ce qui nous intéresse surtout, ce sont les traces que le sang épanché, puis résorbé, peut laisser dans ces cavités, et la manière dont nous les voyons disparaître.

» On a sans doute remarqué que, indépendamment de la couleur du liquide et des parois, tous les autres caractères de ces foyers leur sont communs : formes régulières et parois lisses; membrane comme séreuse, lisse et organisée; parois saines ou légèrement indurées; liquide limpide et transparent. Donc, il faut bien en convenir, les seules différences que nous trouvons à noter consistent dans la coloration. Cette coloration, toujours jaune ou rougeâtre, siégeant dans le liquide ou dans les parois, est toujours, et certainement, la trace de la présence ancienne du sang. Maintenant, si nous parvenons à démontrer que cette coloration, trace évidente du sang épanché, peut disparaître elle-même, il est certain que l'on ne pourra plus conclure de son absence, à la différence d'altérations entièrement semblables sous d'autres rapports.

» Dans la première observation, il y avait encore un peu de *sang* coagulé; dans la deuxième et troisième, la sérosité était sanguinolente; voilà bien des traces manifestes de ce qui remplissait dans le principe ces cavités. Dans les deux premières,

la membrane était *jaune fauve* et *rouge jaunâtre*, ce qui tenait à la même cause; dans la troisième, elle était incolore, semblable à celle des ventricules; mais la sérosité, étant *sanguinolente*, montre que la nature de la matière épanchée n'empêche pas la décoloration de la membrane.

» Dans les quatrième et cinquième observations, sérosité *rousse* et *jaunâtre*, et membrane *jaunâtre* et *jaune fauve*.

» Dans la sixième membrane, *jaunâtre* comme les précédentes, et, tout porte à le croire, par la même cause, sérosité *incolore*. De même que, précédemment, nous avons vu la membrane se décolorer quand le liquide contenait encore des vestiges du sang épanché; nous voyons ici le liquide se décolorer, tandis que la membrane présente encore des traces de sang. Par conséquent, lorsque, dans les observations septième, huitième et neuvième, nous trouvons des cavités à parois et à liquide incolores, mais en tout semblables du reste aux précédentes, loin d'arguer de leur décoloration qu'elles reconnaissent une origine différente, nous n'hésiterons pas à les ranger dans le même cadre; car je défie que l'on trouve une bonne raison pour les en distinguer.

» Je désire que cette argumentation paraisse au lecteur aussi sévère, aussi logique qu'à moi; sa logique, du reste, ne m'appartient pas, mais seulement aux faits auxquels elle s'adresse; mon seul mérite serait de les avoir rangés, ces faits, dans un ordre qui en rend l'interprétation si facile et si manifeste.

» Une remarque encore, c'est que, lorsque l'on a observé des faits de ce genre, on reconnaît une entière ressemblance entre les membranes jaunâtres qui tapissent les kystes pleins de sérosité jaunâtre ou incolore, et les membranes qui tapissent les foyers de sang existant encore en nature, bien que déjà décomposé. » (*Ibid.*, *loc. cit.*)

M. Durand-Fardel a eu le tort de placer à la suite de cette description un reproche assez vif, dans lequel il accuse Abercrombie d'avoir admis l'existence de cavités *vides* dans la substance cérébrale. Il est évident, pour tous ceux qui ont voulu se donner la peine de lire attentivement l'auteur anglais, qu'il n'a entendu parler d'autre chose que de cavités qui ne contiennent aucun liquide, dont les parois sont rapprochées et contiguës les unes aux autres, de ces cavités, en un mot, que M. Durand-Fardel admet avec tout le monde et que nous allons décrire. Les opinions du genre de celles que combat M. Durand-Fardel, et qui ne sont que de grossières absurdités physiques, ne sont pas de celles qu'on doit attribuer légèrement à un homme qui a quelque instruction, et Abercrombie, malgré les défauts de son livre, a suffisamment montré qu'il n'était dépourvu ni d'instruction ni de sagacité.

3° *Cavités à parois rapprochées.* — Ces cavités ne diffèrent absolument en rien des précédentes quant à leur mode de formation; il serait donc inutile d'y insister plus longuement.

4° *Cicatrices.* — Cette lésion est fort rare et, lorsqu'on la constate, il n'est pas toujours facile de savoir à quelle cause la rapporter; cependant, parmi quelques faits médiocrement concluants qu'a rapportés M. Durand, on doit remarquer le suivant, qu'il emprunte à M. N. Guéneau de Mussy, et dans lequel un commencement de cicatrice coexistait avec un reste d'épanchement sanguin très reconnaissable.

Il s'agit d'une vieille femme qui succomba à une hémorrhagie cérébrale considérable. Six ans auparavant, elle avait eu une attaque d'apoplexie qui avait laissé un affaiblissement du côté gauche du corps avec déviation de la bouche à droite quand elle parlait.

On trouva sur le cadavre, entre les altérations appartenant à l'hémorrhagie récente, ce qui suit : En dehors et en arrière de la cavité ancyroïde, dans l'hémisphère droit, existe une cicatrice considérable d'un *brun jaunâtre, foncé, avec induration de la substance cérébrale environnante;* elle a une teinte plus grise dans quelques points. Cette cicatrice se prolonge dans le lobe postérieur jusqu'à deux lignes au plus de la substance corticale. On voit en dehors d'elle des lignes qui paraissent formées par un tissu plus compacte et de couleur jaune-carotte. Elles m'ont paru constituées par des vaisseaux et des caillots en partie résorbés, mais ayant laissé un dépôt fibrineux mêlé à un peu de matière colorante.

On peut diviser cette cicatrice en deux lames, en détruisant des adhérences très fines et très serrées; on voit alors que leur surface contiguë est lisse, humide, et au-dessous d'elle rampent des vaisseaux nombreux, disposés par bouquets. Sa surface antérieure est intimement adhérente à la substance cérébrale dure, mais raréfiée.

Il paraît bien évident, dans ce cas, que la cicatrice a été la suite d'un épanchechement sanguin; mais, malgré cet exemple concluant, M. Durand n'a pu tracer une description des cicatrices; il s'est borné à quelques indications seulement. M. Gendrin, soit qu'il ait eu par devers lui un plus grand nombre de faits, soit qu'il ait suppléé à l'absence de ses faits par un travail d'induction, M. Gendrin a fait une description à peu près complète des cicatrices cérébrales dans le passage que nous allons lui emprunter.

Il distingue d'abord des cicatrices *aréolaires*, des cicatrices *linéaires* et des cicatrices *mixtes*, puis il décrit ainsi qu'il suit les unes et les autres :

« *Structure et formation des cicatrices aréolaires.*—Les cicatrices aréolaires sont en quelque sorte des kystes multiloculaires. La formation de ces cicatrices est entée sur le lacis cellulo-vasculaire, que l'épanchement et l'infiltration du sang dans le tissu cérébral mettent à nu, en ramollissant et désorganisant la pulpe nerveuse par son mélange avec le sang extravasé. Les gouttelettes de sang interposées entre les molécules de pulpe nerveuse ramollie deviennent d'un rouge jaunâtre et ensuite d'un rouge érugineux; elles diminuent en même temps de volume, et les interstices des molécules cérébrales écartées se remplissent d'une sérosité jaunâtre au lieu du sang pur qui s'y était épanché. Ces molécules de tissu cérébral, les lamelles et les filaments celluleux qui les séparent présentent alors des rameaux capillaires injectés nombreux, qu'on met aisément en évidence en faisant ruisseler à leur surface un filet d'eau. La résorption fait successivement disparaître de ce réseau les molécules du tissu cérébral désorganisées et les produits disséminés de l'hémorrhagie; il ne reste enfin qu'un réseau aréolaire dense, comme spongieux, plastique, toujours plus ou moins pénétré de sérosité, formé aux dépens du tissu cellulaire cérébral, en quelque sorte hypertrophié et rendu plus dense et plus serré par le tissu cellulaire qui résulte de l'organisation de filaments pseudo-membraneux que la phlegmasie réparatrice produit et organise entre les molécules séparées par le sang extravasé.

» *Rapport des cicatrices aréolaires avec les parties environnantes.*—Les cicatrices aréolaires rétablissent la continuité entre les parties du cerveau que la dilacération, suite de l'extravasation du sang, avait séparées. C'est ainsi qu'on trouve sur des sujets qui ont eu des hémorrhagies cérébrales, et qui ont vécu ensuite pendant des années, conservant des paralysies en rapport avec les parties détruites du cerveau, un tissu cellulaire aréolaire, extensible, assez dense, remplaçant une circonvolution, une partie des fibres des pédoncules, ou une portion du corps strié ou de la couche optique. Ces cicatrices celluleuses, à mesure qu'elles s'organisent, exercent sur les parties qu'elles réunissent l'action que produit dans tous les tissus la formation des cicatrices : elles les ramènent vers elles. Il en résulte un froncement qui se montre sur les parties environnantes du cerveau par des dépressions irrégulières qui se remarquent sur les sillons qui séparent les circonvolutions correspondantes et sur ces circonvolutions elles-mêmes.

» *Cicatrices jointes à des kystes apoplectiques.* — Les cicatrices aréolaires du cerveau sont souvent réunies aux kystes de manière à constituer des cicatrices en partie formées par des kystes et en partie par le tissu cellulaire aréolaire; telle est ordinairement la structure des cicatrices des foyers hémorrhagiques qui communiquaient avec le réseau de la pie-mère. La cicatrice celluleuse s'est étendue hors de la partie externe du foyer et se continue avec la pie-mère; elle perd de sa densité en s'écartant du réseau de la pie-mère et elle se continue avec un kyste solidement organisé qui occupe dans l'épaisseur de la pulpe le siége qu'avait le foyer hémorrhagique. On trouve quelquefois ces kystes divisés par des cloisons ou des brides qui les rendent multiloculaires.

» *Caractères anatomiques des cicatrices linéaires cérébrales.* — Les cicatrices solides ou linéaires du cerveau sont les ves-

tiges le plus souvent méconnus des épanchements de sang. Elles se montrent, lorsqu'elles sont anciennes, sous la forme d'une ligne d'un gris jaunâtre ou d'une teinte jaune érugineuse, allongée, occupant le centre d'une partie du cerveau. C'est sous cette forme qu'elles ont été le plus ordinairement signalées par des auteurs comme des vestiges d'attaques anciennes qui n'avaient été le plus souvent accompagnées que d'accidents modérés. Ces cicatrices semblent succéder spécialement aux épanchements de sang qui ont plutôt écarté les lames et les fibres cérébrales qu'ils ne les ont dilacérées; aussi est-ce la forme de cicatrices qui s'observe le plus souvent après les épanchements qui se sont accomplis dans le centre des circonvolutions ou des pédoncules cérébraux, etc. Ces cicatrices ne pourraient se produire, au moins pour toute l'étendue de la lésion, on le conçoit facilement, si les foyers creusés par l'hémorrhagie avaient une grande capacité.

» *Formation des cicatrices linéaires apoplectiques.*— Les cicatrices linéaires sont, dans leur origine, formées par une couche très mince de tissu cellulaire qui s'étend autour du caillot provenant du sang extravasé. Ce tissu cellulaire n'est que le tissu interposé entre les fibres cérébrales, qui devient plus apparent par l'inflammation, et qui sert de support à une couche pseudo-membraneuse qui se forme sur les parois du foyer. A mesure que cette couche de tissu cellulaire et de matière plastique s'organise, elle se condense et ramène les unes vers les autres les fibres nerveuses séparées par le sang épanché.

» *Formes des cicatrices solides du cerveau.* — On rencontre des cicatrices cérébrales solides sous trois formes, qui ne sont que trois degrés de leur organisation.

» 1° Elles sont d'abord constituées par un tissu cellulaire extrêmement mou qui entoure le caillot et n'est séparé de sa périphérie que par une pulpe jaunâtre diffluente qui paraît être de la fibrine altérée dans laquelle il reste des traces de la matière colorante du sang. Cette pulpe est d'autant plus rougeâtre qu'elle est plus voisine du caillot, qui conserve lui-même sa coloration, mais dans son centre seulement. Le tissu cellulaire s'enlève très aisément avec le caillot si l'on ne procède pas avec la plus grande précaution, car il n'a pas plus de consistance que du mucus. Cette circonstance nous explique comment ces altérations ont jusqu'ici été inaperçues par les anatomistes. La chute d'un très petit filet d'eau entraînant peu à peu le cruor épanché met en évidence ce tissu cellulaire muqueux sous la forme de filaments qui se continuent évidemment avec du tissu cellulaire mou et aussi très difficile à distinguer autour du foyer, interposé entre les fibres cérébrales et se trouvant surtout sur les points du foyer où des fibres rompues sont converties en une pulpe molle et désorganisée. Nous avons vu ces premiers rudiments de la cicatrice du quinzième au vingt-huitième jour après l'extravasation sanguine.

» 2° A un degré plus avancé, le caillot est réduit en entier en une pulpe d'un gris jaunâtre, très molle, qui se montre comme déposée et infiltrée dans un lacis de tissu cellulaire muqueux, encore extrêmement fragile, mais d'une beaucoup plus grande solidité à la périphérie du foyer qu'à son centre. La percussion d'un petit jet d'eau rompt aisément les filaments celluleux qui composent ce lacis; il en résulte des franges flottantes qui s'élèvent de tous les points des parois du foyer. A ce degré de la cicatrisation, le foyer n'a plus qu'une forme allongée, parallèle par son grand diamètre à la direction des fibres cérébrales. Une injection vasculaire évidente et une diminution de la densité de la pulpe cérébrale s'observent toujours autour du foyer jusqu'à deux ou trois lignes. Nous avons trouvé la cicatrice à cet état dans le pédoncule cérébral, dans le corps rayonné et dans la circonvolution postérieure du lobe moyen, du vingt-sixième au quarante-huitième jour de l'invasion de l'hémorrhagie cérébrale.

» 3° Quand les cicatrices sont achevées, on trouve, au lieu où existait le foyer, une ligne de tissu cellulaire dense d'un jaune grisâtre, quelquefois d'un jaune de rouille, interposée entre les fibres du cerveau. Cette couche de tissu cellulaire a une épaisseur variable d'une demi-ligne à deux et même trois lignes; sa texture est dense, souvent comme indurée, toujours peu solide. Ce tissu ne semble dense que

parce que ses molécules sont rapprochées, car la percussion d'un jet d'eau les écarte et montre une texture lâche et aréolaire. A ce degré, la cicatrisation est achevée, le tissu cérébral environnant ne présente plus la moindre trace de lésion morbide.

» *Des cicatrices mixtes.* — Il n'est pas très rare de rencontrer dans le cerveau de sujets qui ont été frappés d'apoplexie à des époques plus ou moins éloignées, des cicatrices dans lesquelles sont réunis les différents modes de cicatrisation que nous avons signalés. Une portion du foyer est convertie en kyste, la voisine en un tissu aréolaire qui se continue dans une tache linéaire, jaunâtre, cellulaire et dense. C'est que ces organisations morbides sont toutes trois le résultat d'un même acte réparateur qui se modifie suivant l'étendue et la disposition des désordres que le tissu encéphalique a subis par l'extravasation du sang. » (Gendrin, *loc. cit.*, p. 472.)

Il nous reste maintenant à faire connaître les propositions générales par lesquelles M. Durand a terminé son travail sur la réparation des foyers sanguins.

I. « Le mode le plus ordinaire de résorption du sang épanché dans les foyers hémorrhagiques du cerveau est le suivant : le sang se convertit en une matière épaisse, boueuse, d'aspects divers, qui disparaît peu à peu, plus ou moins complétement, pour faire place à de la sérosité jaunâtre, puis décolorée.

II. » Dans un très petit nombre de cas, la partie solide, fibrineuse du sang, se réduit en noyau dur, environné de sérosité au centre de laquelle il subit un travail graduel de résorption.

III. » Dans d'autres cas, fort rares aussi, le sang demeure indéfiniment en nature au sein du tissu cérébral, dont un kyste l'isole.

IV. » Les parois des foyers hémorrhagiques se montrent très promptement tapissées d'une fausse membrane qui ne manque que dans des cas assez rares pour être considérés comme exceptionnels.

V. » Les traces que laissent, après la résorption du sang, les foyers hémorrhagiques, se présentent sous trois formes distinctes :

VI. » Cavités larges, béantes à la coupe du cerveau, pleines de sérosité.

VII. » Cavités à parois rapprochées, adhérentes ou non, vides ou humectées de sérosité.

VIII. » Cicatrices.

IX. » Ces trois états anatomiques succèdent l'un à l'autre, comme le premier succède à la résorption du sang.

X. » La réparation des foyers hémorrhagiques comprend donc quatre périodes avant d'arriver à sa complète évolution.

XI. » Mais de même qu'elle reste quelquefois indéfiniment à sa première période, lorsque le sang demeure sans s'être laissé complétement résorber, de même elle s'arrête le plus souvent à la seconde, et surtout à la troisième, et n'arrive que rarement à la dernière, c'est-à-dire à l'état de cicatrice proprement dite.

XII. » Il n'est permis de regarder comme traces de foyers hémorrhagiques réparés, guéris, cicatrisés..., que les altérations comprises dans l'une des quatre formes précédentes.

XIII. » C'est par erreur que d'autres lésions anatomiques du cerveau avaient été attribuées à la cicatrisation des foyers hémorrhagiques. » (Durand-Fardel, *loc. cit.*, *Archiv. gén. de méd.*, avril 1844.)

Telles sont, considérées en général, les lésions essentielles qui caractérisent l'hémorrhagie cérébrale aux différentes époques de son évolution. Mais avant de passer à l'étude des lésions concomitantes, il en est une qu'il est indispensable d'étudier avec toute l'attention possible, c'est celle du ramollissement jaunâtre que nous avons déjà signalé, auquel M. Rochoux a donné le nom de *Ramollissement hémorrhagipare*, et qui, si les observations de ce médecin étaient exactes, aurait plus d'importance encore qu'aucune des lésions que nous avons passées en revue.

M. Rochoux, en signalant pour la première fois le ramollissement jaune qui entoure l'épanchement sanguin, s'était posé les questions suivantes :

« Une telle altération est-elle simplement l'effet du séjour du sang ? Précède-t-elle l'hémorrhagie ? La dernière opinion me semble la plus probable, et elle n'es pas infirmée par l'absence de symptômes précurseurs. Ne sait-on pas que certaines lésions organiques, les tubercules du pou mon par exemple, font de très grands pro-

grès, avant de manifester leur existence par quelque dérangement des fonctions. » (Rochoux, *Traité de l'apoplexie*, 1re éd., p. 89.)

Depuis qu'il a écrit ce passage, M. Rochoux, comme on le verra dans un instant, n'a fait que se confirmer dans son opinion; mais on va voir aussi qu'il n'a pas obtenu l'assentiment de tous ses confrères.

Voici comment s'exprime à ce sujet M. Gendrin :

« Le ramollissement de la pulpe cérébrale autour des foyers hémorrhagiques a été considéré comme la cause immédiate de l'hémorrhagie; il constituerait une lésion antécédente dont l'extravasation du sang serait le résultat.

» Il est vrai qu'il existe très souvent aux limites des foyers hémorrhagiques cérébraux, un ramollissement plus ou moins étendu de la pulpe cérébrale; mais il suffit d'étudier avec soin la nature et la disposition de ce ramollissement pour se convaincre qu'il n'est autre chose que le résultat de la dilacération produite par le sang qui s'extravase et de l'imbibition dans la pulpe de la sérosité de ce sang, et de la sérosité céphalo-rachidienne. Le ramollissement autour du foyer existe dans le sens le plus étendu, suivant le trajet des vaisseaux de la pulpe dont la rupture entraîne l'hémorrhagie; il est toujours presque nul sur la partie des parois du foyer qui correspondent aux plans intacts et parallèles des fibres nerveuses du cerveau; il est toujours très étendu à la partie postérieure et inférieure du foyer, qui est la partie déclive quand le malade est couché en supination la tête plus ou moins élevée. Le ramollissement est nul ou au moins très limité sur une très petite étendue de la périphérie du foyer quand l'épanchement ne fait qu'écarter des fibres nerveuses. Le ramollissement n'existe pas ou est au moins très limité à la surface la plus externe de la couche corticale du cerveau dans les foyers qui naissent de ruptures vasculaires dans le réseau de la pie-mère. On n'observerait pas tous ces rapports entre la disposition du sang extravasé et le ramollissement si ce dernier n'était pas l'effet de l'extravasation. S'il en était la cause, on verrait au contraire l'épanchement disposé d'après le ramollissement antécédent, et l'on ne manquerait pas d'observer des ramollissements qui seraient hors de proportion avec les hémorrhagies survenues sur une partie de leur étendue et la coïncidence dans le cerveau de ramollissements sans hémorrhagie et de ramollissements avec hémorrhagie; or, les ramollissements qui appartiennent à une autre altération cérébrale ne se montrent presque jamais avec des hémorrhagies dans une partie de leur étendue, de même qu'ils ne coïncident aussi presque jamais avec des foyers hémorrhagiques existant sur un autre point du cerveau.

» Si le ramollissement qui se trouve autour des foyers hémorrhagiques récents ne peut être considéré que comme le résultat de l'hémorrhagie; il n'en est pas de même du ramollissement qui se trouve autour des foyers hémorrhagiques déjà envahis par l'inflammation réparatrice. Ce ramollissement, qui est dans quelques cas très étendu et qui constitue alors la trace d'une véritable cérébrite secondaire qui a souvent fait périr les malades, est quelquefois la cause d'hémorrhagies consécutives qui viennent terminer subitement et par une attaque récente une apoplexie dont les premiers accidents avaient été heureusement franchis. Il est facile, dans ces cas, de reconnaître le foyer hémorrhagique secondaire dans une partie du foyer primitif. Le premier foyer a des parois jaunâtres de couleur érugineuse; il présente souvent les vestiges d'une organisation de cicatrice, au milieu desquels le caillot central est plus ou moins décoloré; le deuxième foyer, au contraire, creusé dans la partie de la pulpe ramollie, se continue avec le précédent et présente un caillot demi-coagulé, d'une couleur foncée, ayant dilacéré la pulpe cérébrale déjà ramollie, de manière à augmenter l'excavation creusée en elle. Cette pulpe est mélangée et comme malaxée avec du cruor rouge brun, qui se montre par stries et par gouttelettes disséminées dans son épaisseur. A la dissection du cadavre d'un homme mort subitement avec les symptômes d'une apoplexie foudroyante, trente-deux jours après une première attaque, nous avons constaté, dans l'intervalle et en dehors du corps strié et de la couche optique, un foyer rempli d'un caillot grisâtre, entouré de

pulpe cérébrale jaunâtre, injectée, présentant sur toute la surface de sa paroi externe une couche de matière albumineuse à demi organisée, derrière laquelle on remarquait les principaux ramuscules artériels capillaires qui proviennent des rameaux de la cérébrale moyenne. La continuité de ce foyer avec le ventricule latéral s'établissait, à sa partie interne, par un nouveau foyer anfractueux, dans lequel se trouvait un caillot rouge, de consistance gélatineuse, qui se continuait avec le sang qui remplissait le ventricule latéral. Toute l'épaisseur de la pulpe cérébrale au-dessous de ce foyer, en y comprenant toute la voûte à trois piliers, était molle, rougeâtre et très injectée, comme dans la cérébrite idiopathique. Le septum lucidum était rompu.

» L'hémorrhagie cérébrale peut tirer son origine de la rupture de vaisseaux d'un certain volume; dans ce cas il n'est pas possible d'admettre de ramollissement antécédent, d'autant que ces hémorrhagies cérébrales foudroyantes ont le plus souvent leur siége hors du cerveau, dans ses annexes, et que cet organe peut n'être pas compromis dans sa texture.

» Un homme de soixante-huit ans fut apporté le matin à l'hôpital Cochin, sans connaissance, dans un état comateux. Il avait été trouvé dans la nuit auprès de la porte d'un cabaret où on l'avait vu se coucher vers le soir. La respiration était stertoreuse et très accélérée ; le pouls était très faible ; les membres, entièrement paralysés, étaient dans un état de flaccidité complète. Il mourut dans la journée. A l'ouverture du cadavre, nous constatâmes que le cuir chevelu ne présentait aucune apparence de plaie ni de contusion. Toute la base du cerveau était couverte par un caillot de sang infiltré dans la pie-mère, et qui enveloppait jusqu'à la partie supérieure des lobes du cervelet; ce caillot pénétrait dans la scissure de Sylvius gauche qu'il remplissait en entier et qu'il avait élargie; le sang s'était insinué entre les circonvolutions du lobe moyen et du lobe antérieur gauche, qui étaient fort écartées. Le caillot infiltré ne s'étendait pas sur la convexité du cerveau, où les circonvolutions étaient aussi fortement déprimées que lorsque des épanchements séreux ont dilaté les ventricules latéraux. Le sang extravasé n'avait rompu l'arachnoïde sur aucun point. La surface des circonvolutions les plus profondes, au fond de la scissure de Sylvius, était rompue et déchirée jusqu'à la profondeur de trois ou quatre lignes. Là le tissu cortical ramolli et comme malaxé avec le sang s'enleva et fut entraîné par le jet d'eau. La branche antérieure de l'artère cérébrale moyenne présentait une déchirure longitudinale, comme frangée, qui n'avait pas moins de trois lignes de longueur; un petit caillot sortait par cette déchirure et continuait dans le caillot extérieur le cylindre de sang coagulé qui remplissait l'artère. Quelques plaques d'incrustation et d'épaississement se trouvaient disséminées dans l'artère cérébrale moyenne. Nous ne pûmes reconnaître s'il s'en trouvait au lieu de la rupture. Les ramifications de la branche artérielle rompue furent examinées avec le plus grand soin pour nous assurer si elles n'étaient point obstruées : aucune d'elles ne se trouvait dans cet état. Toutes contenaient du sang ainsi que toutes les autres ramifications artérielles qui rampent dans le tissu de la pie-mère à l'extérieur du cerveau. Les ventricules ne présentaient rien d'insolite. La pulpe cérébrale était saine dans tout le cerveau; elle n'était point à l'état de congestion. L'artère cérébrale moyenne du côté opposé avait aussi dans ses parois quelques incrustations; l'on en trouvait aussi quelques unes dans les artères carotides externes; les autres artères étaient saines. Le cœur n'était point hypertrophié. Le parenchyme du poumon droit était emphysémateux à la base de son lobe inférieur, sur le bord duquel il existait un appendice de vésicules dilatées par l'air, du volume d'une noix. Le rachis a été ouvert; on n'y a rien remarqué d'anormal.

» Il serait difficile d'attribuer, dans ce cas, l'hémorrhagie qui a produit l'apoplexie foudroyante à un ramollissement cérébral antécédent. La surface des circonvolutions profondes en rapport avec le siége immédiat de l'hémorrhagie était cependant ramollie jusqu'à une certaine profondeur; mais l'artère, au lieu où était sa rupture, est en entier contenue dans le réseau celluleux de la pie-mère, et le ramollissement de la surface du cerveau était évi-

demment l'effet de l'extravasation du sang, qui, en s'insinuant dans la pie-mère, avait altéré la pulpe cérébrale adjacente. » (Gendrin, *Médecine pratique*, tom. I, p. 479.)

Voici maintenant comment M. Rochoux a répondu aux arguments qu'on lui a opposés depuis la publication de ses premières recherches.

Après avoir fait remarquer, d'après les auteurs les plus recommandables, qu'un grand nombre deruptures d'organes (cœur, poumons, rate, etc.), sont précédées d'un ramollissement de ces organes, M. Rochoux s'exprime en ces termes :

« Par un travail vicieux de nutrition, la texture de l'encéphale, de même que celle de beaucoup d'autres organes, s'altère peu à peu, perd graduellement sa consistance, sa force de cohésion, et un instant arrive où, sous le simple effort du sang en circulation dans les capillaires, la trame organique se déchire, dans une étendue plus ou moins considérable. L'influence de cette affection texturale, en tant que cause de la déchirure, est telle, que si toutes ces causes réunies peuvent être estimées à vingt, elle comptera habituellement à elle seule pour dix-neuf au moins. Au reste, c'est à l'hémorrhagie ainsi produite que je réserve exclusivement le nom *d'apoplexie;* les symptômes dits apoplectiques ne se manifestent qu'au moment où elle a lieu.

» On combat cette théorie avec un raisonnement et un fait; le raisonnement consiste à dire que, si, avant la déchirure de l'encéphale, il y avait altération de son tissu, l'attaque d'apoplexie serait constamment annoncée par des symptômes précurseurs, tandis qu'ils manquent presque toujours. A cela, il suffit de répondre que tous les changements moléculaires qui ont lieu dans l'économie s'opèrent sans pouvoir être signalés autrement que par les résultats dépendant de leur accomplissement. Quant au fait également objecté, il consisterait dans l'absence assez rare, il est vrai, de tout ramollissement autour des foyers apoplectiques, qui, quelquefois, assure-t-on, se trouvent au milieu d'un tissu nerveux parfaitement sain.

» Ceux qui tiennent ce langage ne voient point qu'en faisant nos tissus susceptibles de se déchirer, à l'état sain, par l'action de causes purement intérieures, ils supposent dans l'organisation un défaut de force qui, s'il était réel, rendrait l'existence de l'homme impossible; leur opinion, je le déclare sans tergiverser, repose sur des observations mal faites. Si, avant de dire avoir vu le ramollissement hémorrhagipare manquer, ils avaient convenablement examiné les foyers apoplectiques, en les partageant par moitié, au moyen d'une coupe pratiquée dans toute l'épaisseur de leurs parois, et en se servant d'un filet d'eau pour les vider du sang épanché, ils auraient, dans tous les cas, constaté la particularité que voici : Immédiatement autour des caillots de sang, à la surface et dans l'épaisseur desquels on trouve presque toujours des portions plus ou moins altérées de substance cérébrale, se présente la couche interne du foyer, épaisse de 1 à 3 millimètres au plus, d'un rouge brun uniforme. Du côté du caillot, elle offre des lambeaux flottants de tissus nerveux; d'autres fois, une sorte de chevelu ou de gazon épais, fortement coloré par le sang. A cette première couche en succède ordinairement une seconde, d'une épaisseur environ double, constituée par un *pointillé* plus ou moins serré de sang filtré, sous forme de petites masses ou parcelles arrondies. Plus en dehors, enfin se trouve une troisième couche à peu près aussi épaisse que la seconde, formée comme elle d'un tissu rare, ayant l'aspect peu serré, d'une couleur tirant sur le jaune serin très clair, et ne différant de la couche à laquelle elle succède que par l'absence du pointillé hémorrhagique, tandis qu'extérieurement elle se confond par une dégradation insensible avec la substance du cerveau restée saine.

» Quoique manifestement ramollie et se laissant facilement déprimer sous la chute du même filet d'eau qui, sur les portions saines, ne produit pas le même effet, le tissu malade n'est pas délayé; entraîné par le liquide, il résiste à son courant. Quelquefois on trouve, assez loin des foyers hémorrhagiques, des masses plus ou moins considérables de ce ramollissement, qui même peut se rencontrer sur des cadavres de sujets morts d'affections étrangères à l'apoplexie. J'ajoute que, examiné au

microscope, il ne contient jamais de pus.

» Quand, au lieu d'occuper des foyers profondément situés, l'hémorrhagie s'effectue à l'extérieur du cerveau ou sur quelques points des ventricules, le ramollissement hémorrhagipare est moins facile à reconnaître, et toujours il est moins marqué. La chose ne doit point surprendre. En effet, on conçoit sans peine que le sang, n'étant alors retenu par aucun obstacle, peut, en s'épanchant, entraîner avec lui la portion de substance cérébrale ramollie. C'est aussi ce qui a lieu, et on retrouve toujours des portions assez considérables mêlées avec les caillots, surtout du côté où elles reposent sur la déchirure. On voit là une véritable perte de substance, une espèce d'érosion que supporte une légère couche jaunâtre, molle et souvent épaisse tout au plus d'un demi-millimètre.

» Telles sont, à l'exception du ramollissement non suivi d'hémorrhagie, les lésions que, en s'y prenant comme il faut, on peut toujours constater dans l'apoplexie récente. Quand le mal se prolonge, on guérit, ce qui arrive peut-être trois fois sur quatre ; elles subissent des changements très importants à faire connaître avec détails, puisqu'il règne encore plus d'un dissentiment à leur égard. » (Rochoux, *Du ramollissement du cerveau et de sa curabilité*, *Archiv. génér. de méd.*, novembre 1844.)

Après avoir étudié d'une manière générale les altérations qu'on observe dans l'hémorrhagie cérébrale, il serait intéressant d'examiner si ces altérations offrent quelques modifications, quelques caractères spéciaux suivant les diverses parties de l'encéphale qu'elles affectent. Mais M. Gendrin est le seul auteur qui soit entré à ce sujet dans des détails circonstanciés : nous serons donc obligés de nous borner à reproduire ses observations.

« *Siége de l'hémorrhagie interstitielle centrale du cerveau.* — L'hémorrhagie interstitielle centrale du cerveau prend naissance, soit dans l'épaisseur du tissu cérébral, soit dans le fond d'une circonvolution ou d'une scissure. Le sang s'extravase en déchirant la substance même du cerveau, qui se désorganise par l'interposition successivement croissante de ce fluide dans sa trame molle et si facile à déchirer.

» *Rapport des épanchements de sang avec les artères cérébrales.* — Les foyers sanguins considérables commencent au milieu des rameaux ou des filets artériels des principales divisions d'une des artères cérébrales que l'on retrouve toujours interposées dans le caillot sanguin, et dont on peut souvent constater la rupture.

» *Siége des épanchements de sang dans l'épaisseur du cerveau.* — C'est presque toujours des divisions profondes de l'artère cérébrale moyenne que provient l'épanchement ; aussi son siége le plus habituel est-il au fond de la scissure de Sylvius, ou dans la profondeur des anfractuosités des circonvolutions de la moitié postérieure du lobe antérieur ou du lobe moyen. En écartant ces circonvolutions, on arrive au foyer, et l'on reconnaît qu'il s'est formé de dehors en dedans, en déchirant la substance corticale d'abord, et ensuite le centre médullaire du cerveau, souvent jusque dans le ventricule latéral correspondant. La couche optique, et surtout le corps strié, que l'on a considéré comme le siége habituel de ces épanchements, sont au contraire souvent épargnés, ou au moins ne sont détruits qu'en partie. On les trouve isolés et énucléés par le sang qui, en creusant un foyer autour d'eux et en dehors, est arrivé dans les ventricules, dans leur intervalle ou au-dessus d'eux.

» *Origine immédiate du sang épanché.* — C'est sans doute parce que la substance corticale du cerveau reçoit un plus grand nombre de rameaux vasculaires que la substance médullaire adjacente, et aussi à cause du nombre également très considérable de ces vaisseaux autour, au-dessous et dans le tissu du corps strié, que l'on trouve souvent l'origine de l'épanchement hémorrhagique dans la substance corticale et autour du corps strié. Cette origine de l'hémorrhagie n'est pourtant pas constante, car nous avons plusieurs fois constaté que des épanchements dans le centre ovale de Vieussens avaient commencé dans la substance médullaire par la rupture de faisceaux vasculaires qui proviennent de la branche antérieure de la cérébrale moyenne ; toute la substance

grise se trouvait alors hors des limites du foyer et était saine.

» Les rameaux vasculaires d'où provient le sang extravasé dans la pulpe cérébrale sont ordinairement des rameaux de troisième ordre; ce sont ceux qui, du fond des anfractuosités, pénètrent jusque dans le tissu cérébral.

» *Effet du mélange du sang au fluide céphalo-rachidien.* — Le sang extravasé dans le ventricule latéral s'y mêle à la sérosité qu'il y rencontre, la colore, et pénètre souvent avec elle dans le troisième ventricule et jusque dans le quatrième; il vient même quelquefois se montrer sous l'arachnoïde à l'orifice inférieur du *calamus scriptorius.* Si le sang s'est infiltré en même temps dans le réseau de la pie-mère, il s'y mêle aussi à la sérosité qui s'y trouve infiltrée; il la colore également, et fuse avec elle vers les parties déclives, à la base du cerveau, et même autour de l'origine du bulbe rachidien.

» Dans quelques cas, le foyer hémorrhagique creusé dans le centre ovale de Vieussens, quoique communiquant avec le ventricule latéral, n'y verse pas le sang qui le remplit; le caillot déborde alors en partie seulement dans le ventricule, qui se trouve distendu par de la sérosité sanguinolente que l'on rencontre en même temps en excès dans les troisième et quatrième ventricules.

» *État des parois du ventricule quand le sang s'y est extravasé.* — Autour de ces épanchements sanguins intraventriculaires ordinairement considérables, les parois du ventricule sont désorganisées, déchirées et confondues avec le caillot. Très fréquemment le septum lucidum est détruit, et le foyer comprend ainsi l'un et l'autre ventricule latéral. Dans quelques cas, le sang en s'extravasant a même dilacéré la voûte à trois piliers; le centre du cerveau n'est plus qu'un vaste foyer comprenant à la fois les trois ventricules cérébraux.

» *Observations cliniques sur des hémorrhagies centrales du cerveau.* — Il nous serait facile de rapporter un grand nombre d'exemples de ces hémorrhagies centrales du cerveau, car elles ne sont rien moins que rares; nous nous bornerons aux deux suivants :

» Donnadieu, âgé de soixante-douze ans, d'une forte constitution, quoique paraissant débilité par la misère et les excès de vin, se leva le 30 janvier 1833 comme à son ordinaire. Sur le midi, la porte de sa chambre étant entr'ouverte, des voisins furent attirés chez lui par des gémissements qu'il poussait. Ils le trouvèrent sur son lit entièrement habillé, et même ayant son chapeau sur la tête. Il ne pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait que par signes et par les monosyllabes *oui* ou *non;* bientôt il perdit entièrement connaissance. On l'apporta à trois heures à l'hôpital Cochin. Il était alors couché en supination et dans le coma, les extrémités inférieures étaient dans l'extension et les yeux fermés; la bouche n'était pas déviée; la commissure gauche des lèvres et la joue gauche étaient salies par des matières qu'il avait vomies. Les bras soulevés retombaient sur le lit comme des masses inertes; mais lorsqu'on les pinçait, le malade les retirait l'un et l'autre avec force. Les pupilles étaient également immobiles au contact de la lumière, celle de l'œil droit était resserrée, et celle de l'autre œil demi-dilatée. La déglutition des liquides ingérés dans la bouche ne se faisait pas; le pouls était plein, lent et régulier; la respiration n'était pas altérée; mais sur les sept heures et demie du soir, elle devint stertoreuse. La mort arriva une demi-heure après. L'ouverture du cadavre fut pratiquée trente-six heures après la mort. Les vaisseaux superficiels du cerveau étaient dans un état de congestion considérable. Un épanchement de sang noir grumeleux, demi-liquide, remplissait les deux ventricules latéraux, qui étaient convertis en une seule cavité; il n'y avait plus de trace de septum lucidum. La quantité de sang extravasé était d'au moins huit onces. Les parois du ventricule latéral gauche étaient formées par une couche de pulpe cérébrale molle, désorganisée, malaxée avec le sang dans une profondeur d'au moins 5 à 6 lignes. La cavité du ventricule gauche, tant à cause de la dilatation que l'épanchement de sang lui avait imprimée, qu'à cause de sa destruction par ramollissement, s'étendait presque jusqu'à la surface du cerveau, surtout antérieurement. Le ventricule latéral droit présentait les mêmes désordres

que le gauche, seulement ses parois étaient moins profondément désorganisées. Les plexus choroïdes, gorgés de sang, étaient baignés par le sang extravasé. La couche optique et le corps strié droit étaient sains, mais du côté gauche ils étaient entièrement compris dans la désorganisation. Aux limites de la couche de tissu cérébral malaxé avec le sang, la pulpe devenait subitement tout à fait saine. Les troisième et quatrième ventricules étaient aussi remplis de sang grumeleux et noir; les parois de ces cavités étaient aussi malaxées avec le sang à plusieurs lignes de profondeur. Le sang et la sérosité sanguinolente sortaient par l'orifice qui termine le calamus scriptorius. Le tissu du cerveau, du cervelet et de la protubérance annulaire, était ferme, mais présentait une multitude de gouttelettes de sang ruisselant de ses capillaires divisés. Toutes les artères cérébrales, jusque dans leurs plus petites divisions, étaient indurées et présentaient dans leurs tuniques une multitude de concrétions calcaires. On suivait aisément les divisions artérielles depuis la scissure de Sylvius jusque dans le sang qui s'était extravasé, mais nous ne pûmes distinguer le lieu précis de la rupture vasculaire qui avait produit cette hémorrhagie. Le cœur était d'un volume considérable, même eu égard à la haute taille du sujet. Ce volume était dû à l'hypertrophie des parois du ventricule gauche qui avaient un pouce de diamètre. Les valvules et les orifices du cœur étaient sains. Les parois de l'aorte étaient très épaisses, et ce vaisseau, dont le diamètre était aussi augmenté, avait sa membrane interne couverte d'une multitude d'aspérités produites par des concrétions ostéo-cartilagineuses, avec des fissures rugueuses, irrégulièrement disposées, produites par des érosions évidentes des plaques indurées qu'elle contenait, ces altérations se prolongeaient dans les artères principales, et surtout dans les carotides, jusque dans leurs plus petites divisions.

» L'hémorrhagie cérébrale a évidemment commencé, chez ce sujet, dans l'épaisseur de la pulpe cérébrale, en dehors de la paroi externe du ventricule gauche, dans le lobe antérieur. De ce point, le sang a gagné successivement les quatre ventricules, désorganisant leurs parois, brisant leurs cloisons, et convertissant le cerveau en un vaste foyer hémorrhagique. Ces désordres étaient suffisants pour déterminer rapidement la mort du malade : aussi est-elle arrivée en huit heures. Il est remarquable que cette extravasation de sang considérable n'avait pas épuisé la congestion sanguine des vaisseaux cérébraux, qui se trouvaient encore sur ce cadavre gorgés de sang au plus haut degré. Cette dernière lésion aurait suffi pour motiver l'apoplexie foudroyante. »

Nous croyons devoir passer sous silence la seconde observation, qui a beaucoup d'analogie avec la précédente.

» *Hémorrhagie de la protubérance annulaire considérée comme lésion constitutive de l'apoplexie foudroyante.* — Dans les cas d'apoplexie déterminée par les hémorrhagies interstitielles centrales du cerveau, la rapidité du développement des accidents et de leur funeste terminaison s'explique par l'étendue des désordres. Le même résultat se remarque pour des lésions beaucoup plus circonscrites quand elles ont pour siége une partie du cerveau où elles affectent des faisceaux nerveux d'une bien plus grande importance. C'est ainsi que l'épanchement de sang qui résulte d'une hémorrhagie dans la protubérance annulaire est une des altérations qui appartiennent de la manière la plus directe à l'apoplexie foudroyante. Ces hémorrhagies sont fort rares. On n'en trouve dans les recueils d'observations qu'un petit nombre d'exemples qui puissent inspirer de la confiance.

» *Disposition des foyers hémorrhagiques dans la protubérance annulaire.* — L'épanchement hémorrhagique dans la protubérance annulaire est tantôt circonscrit dans l'épaisseur de cet organe, au milieu des couches fibreuses qui le constituent; tantôt il s'étend au-delà des limites de la commissure mésocéphalique. Dans tous les cas, les couches de tissu nerveux au milieu desquelles s'est accomplie l'hémorrhagie, tout comme les fibres du cerveau dans les foyers hémorrhagiques qui s'accomplissent dans leur sein, ont été déchirées par le sang et malaxées avec ce fluide. Cette altération suffit pour déterminer immédiatement une apoplexie rapidement mortelle. Il faudrait que l'épanchement fût très faible et qu'il n'occupât qu'une très petite

partie d'un côté de la protubérance pour ne pas être suivi d'accidents aussi promptement funestes. Entre les hémorrhagies du mésocéphale déjà rares, ces dernières ne font que de peu nombreuses exceptions.

» L'épanchement du sang dans la protubérance cérébrale, au lieu d'y creuser un foyer, peut s'y infiltrer entre les couches nerveuses qui forment les plans du mésocéphale. Cette disposition a été rencontrée par le docteur Howship, après une apoplexie qui devint fatale en deux jours (1).

» *Limites des foyers hémorrhagiques de la protubérance annulaire.* — La quantité de sang extravasé dans la protubérance annulaire n'est jamais très considérable. Le volume de cette partie ne serait pas suffisant pour la contenir; aussi, si l'hémorrhagie fournit du sang au-delà de ce qu'en peut contenir le foyer qui se creuse à mesure que l'épanchement s'accomplit dans la protubérance et qui la convertit en une sorte de sac ou de kyste, ce foyer s'étend au-delà des limites de cette partie. Tantôt il se creuse, de bas en haut, dans l'un des pédoncules cérébraux, et il arrive ainsi jusqu'au sein de l'une des couches optiques, comme cela existait chez le sujet d'une observation recueillie par M. Rochoux (2), dans laquelle on trouve la coïncidence avec l'hémorrhagie de la protubérance d'un épanchement séreux dans les ventricules; ou bien il se fait jour dans le quatrième ventricule qu'il remplit de sang, comme cela est arrivé dans un fait observé par M. Ollivier (3), et chez le sujet de l'observation suivante :

» Une femme de quarante ans, d'une forte constitution, était devenue sujette, depuis huit ans, à des palpitations et à des étouffements. Elle eut ensuite, à une année d'intervalle, deux attaques d'apoplexie. La dernière survint après un accouchement rapide, qui avait amené l'expulsion d'un enfant mort. Chacune de ces attaques fut précédée de céphalalgie, d'étourdissements, et une fois de vomissements considérables. Elle conserva après la seconde une légère faiblesse dans la jambe gauche, qu'elle traînait en marchant. Le 27 décembre 1832, cette femme passa la journée avec une légère céphalalgie et quelques étourdissements. A six heures du soir, elle fut prise de vomissements répétés. A sept heures elle tomba subitement sans connaissance. Un médecin lui pratiqua une saignée et lui fit appliquer douze sangsues derrière les oreilles. Elle fut apportée à l'hôpital dans la nuit. Le 28 au matin, nous la trouvâmes dans le coma le plus profond, où elle était tombée immédiatement après l'attaque. La respiration était stertoreuse, la bouche était entr'ouverte et non déviée. Une salive écumeuse s'écoulait par les commissures des lèvres; les yeux étaient entr'ouverts et les pupilles immobiles sous l'influence de la lumière; les membres étaient privés de mouvement, et lorsqu'on les soulevait, ils retombaient comme des corps inertes. Les muscles étaient dans le relâchement; la peau était chaude et sèche. La sensibilité des téguments des membres droits n'était pas entièrement éteinte, car lorsqu'on les pinçait, il y avait comme un effort pour retirer le membre, mais il fallait le pincer très fortement; sur les membres gauches et la moitié gauche du corps la sensibilité était éteinte. Le pouls était sans fréquence et très développé. Une saignée de dix onces fut pratiquée immédiatement et réitérée dans la journée sans aucune utilité. La malade resta dans le coma où elle était depuis l'invasion de la maladie, qui se termina par la mort au bout de vingt-deux heures. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes dans l'épaisseur de la protubérance annulaire un caillot de sang extravasé du volume d'une noix. Ce caillot se prolongeait jusque dans la cavité du quatrième ventricule, avec lequel il communiquait; le tissu de la protubérance dilacéré, immédiatement en contact avec ce caillot, était mou, pénétré de sérosité et de matière colorante du sang et diffluent sous un filet d'eau jusqu'à trois ou quatre lignes de profondeur. Dans l'épaisseur de la couche optique droite se trouvait une petite cavité qui aurait pu recevoir une fève de haricot; elle était tapissée par une tunique

(1) J. Abercrombie, *Des maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*, trad. par A.-N. Gendrin, deuxième édition. Paris, 1835, p. 393.

(2) *Recherches sur l'apoplexie*, deuxième édit., 1833. Obs. XVII, p. 53.

(3) *Traité de la moelle épinière et de ses maladies*, deuxième édition, p. 519.

séreuse très ténue ; elle était vide. Entre la couche optique et le corps strié du même côté, nous rencontrâmes dans la pulpe cérébrale un caillot sanguin du volume d'une noisette, d'une consistance comme gélatineuse, en partie décoloré ; la pulpe cérébrale autour de ce caillot était molle, jaunâtre, et diffluente jusqu'à trois lignes de profondeur. Une pseudo-membrane très molle, d'une structure comme réticulée, revêtait immédiatement les parois de ce foyer ; elle était très peu adhérente à la pulpe cérébrale ramollie, et elle se déchira avec une si grande facilité que nous ne pûmes constater si elle tapissait tout le pourtour du foyer. Dans l'hémisphère gauche, antérieurement, supérieurement, et un peu en dehors du corps strié, la pulpe cérébrale, dans une partie du volume d'une aveline, avait une couleur jaune légèrement rougeâtre. Elle paraissait du reste à l'état sain. Les ventricules cérébraux ne contenaient pas de sérosité. La pulpe cérébrale était généralement peu ferme ; elle ne présentait d'ailleurs aucune trace de congestion sanguine dans ses capillaires. Toutes les artères cérébrales, jusqu'à leurs plus petites ramifications, étaient indurées et parsemées de concrétions ostéo-calcaires jaunâtres, qui augmentaient par place l'épaisseur des artérioles, et leur donnaient un aspect moniliforme. Nous ne pûmes cependant reconnaître de rupture d'artérioles autour du caillot sanguin de la protubérance. Les indurations des tuniques artérielles s'étendaient des artères encéphaliques dans les troncs artériels et jusque dans l'aorte à son origine. Cette grosse artère était épaissie dans ses parois, et les plaques indurées et incrustées qui se trouvaient dans son épaisseur avaient celle d'une ligne à une ligne et demie. Les parois du ventricule gauche du cœur, hypertrophiées, avaient huit lignes d'épaisseur au moins ; ce ventricule était devenu pyriforme ; ses colonnes charnues atrophiées étaient presque entièrement effacées.

» *Forme de l'hémorrhagie du cervelet selon les apoplexies.* — L'hémorrhagie du cervelet n'est pas moins rare que celle de la protubérance annulaire.

» Comme l'hémorhragie cérébrale, elle n'est rapidement mortelle que lorsqu'elle désorganise le centre de l'organe. Quand elle est limitée à une partie circonscrite de la moitié de cet organe, elle ne détermine qu'une paraplexie plus ou moins grave, à moins que le foyer apoplectique n'ait un certain volume relativement à celui du cervelet.

» Morgagni a rapporté deux observations sur cette hémorrhagie. Dans un cas, la mort est arrivée en peu d'instants ; dans l'autre, elle est survenue au bout de seize heures ; mais l'un et l'autre sujet est resté privé de mouvement et de sentiment d'une manière complète et dans le coma jusqu'à la mort. Il est remarquable que dans ces deux cas on trouva à l'ouverture du cadavre des épanchements multiples. Dans un sujet, il y avait un caillot de sang dans chaque lobe du cervelet, et deux grumeaux dans le ventricule latéral droit du cerveau ; dans l'autre, le ventricule latéral gauche du cerveau était rempli de sang ; le ventricule droit et le quatrième ventricule étaient pleins de sérosité sanguinolente ; un foyer considérable de sang grumeleux se trouvait dans le lobe droit du cervelet. On ne put, dans l'un et l'autre cas, trouver l'origine de ces hémorrhagies (1).

» Abercrombie rapporte le fait d'une sage-femme de soixante-dix ans qui fut subitement frappée d'une apoplexie qui la jeta dans le coma, dont elle mourut au bout de quarante heures. On ne trouva à l'ouverture de son cadavre d'autre altération qu'un caillot du volume d'un œuf de pigeon dans le lobe du cervelet (2).

» Après les apoplexies cérébelleuses, la présence de l'épanchement du sang et l'altération de la pulpe nerveuse à son pourtour se trouvent toujours avec les mêmes formes et disposées de la même manière que les épanchements sanguins qui surviennent dans le tissu des hémisphères cérébraux.

» *Rareté des observations sur les hémorrhagies rachidiennes.* — Les hémorrhagies rachidiennes ne sont guère connues que par de rares observations, qui, pour la plupart, ont été recueillies avec trop peu de précision pour permettre de donner une description exacte des altéra-

(1) *De sed. et caus. morb.*, etc., *epist.* II, art. 22. — *Epist.* LX, art. 5.
(2) *Loc. cit.* Obs. CXIV, p. 341.

tions qui se rapportent à ces hémorrhagies qui semblent constituer l'une des formes le plus rapidement funestes de l'apoplexie foudroyante, et qui cependant peuvent aussi se produire sans déterminer rapidement la mort.

» *Hémorrhagie rachidienne dont le produit est limité au sommet du rachis.* — La forme la plus simple de l'hémorrhagie rachidienne est celle dont les produits s'accumulent autour du bulbe rachidien, à l'origine supérieure du canal vertébral. Nous n'en connaissons qu'un exemple recueilli par le docteur Hennen sur un soldat qui fut pris subitement d'un étourdissement, suivi immédiatement de la chute du corps. Aussitôt qu'il fut relevé, il se plaignit d'une violente céphalalgie et de faiblesse, et il vomit; il conservait d'ailleurs toute sa sensibilité; mais il avait perdu le mouvement des extrémités supérieures et inférieures. Il était très pâle; son pouls était petit et languissant. On le porta à l'hôpital; il y demanda de l'eau froide, qu'il but; il sembla revenir de sa faiblesse, mais il restait très pâle. Quelques minutes après, ses yeux devinrent fixes; il fit de profondes inspirations, et mourut en moins de deux minutes. Le cerveau ne présenta rien d'anomal; les vaisseaux du cervelet étaient très engorgés. Au-dessous de cet organe se trouvait un caillot de sang du poids de deux onces environ, qui entourait le trou occipital (1).

» Ce fait n'est pas présenté avec des détails suffisants pour faire apprécier toute l'importance de la lésion encéphalique. Ainsi l'on se demande si le rachis a été ouvert et si le caillot qui se trouvait autour du trou occipital à l'origine supérieure de la moelle ne descendait pas dans tout le canal rachidien; mais il n'en résulte pas moins que le sang extravasé ne se trouvait pas au-dessus du bulbe rachidien; que les nerfs qui portent l'incitation aux muscles du pharynx, du larynx et aux muscles de la tête, avaient conservé leur action, puisque le malade a pu parler, demander à boire et avaler les boissons. Les symptômes morbides sont restés limités aux parties du système nerveux qui proviennent du cordon vertébral au-dessous de la huitième paire. Il y a donc eu un rapport exact entre les symptômes de la maladie et le siége du mal; il y a eu aussi un rapport immédiat entre la forme des accidents et la nature du mal. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. I, p. 447.)

(1) J. Abercrombie, *loc. cit.* Obs. CXV, p. 342.

Nous n'insisterons pas longuement sur les hémorrhagies rachidiennes, qui ne doivent nous occuper ici que secondairement. Toutefois, nous devons dire que toutes les observations qui en ont été publiées sont assez incomplètes pour qu'il soit fort difficile de savoir à quoi s'en tenir sur le siége précis des épanchements, sur les désordres anatomiques qui les accompagnent et les suivent. Parmi ces observations, une seule, qu'on doit à M. Cruveilhier, fait grandement exception, et offre un tel intérêt que nous croyons devoir la rapporter textuellement.

« Un étudiant en médecine, âgé de trente-six ans, fut pris, le 10 décembre, d'une douleur vive à la nuque, au niveau des troisième et quatrième vertèbres cervicales. En trois ou quatre jours cette douleur s'étendit aux extrémités supérieures et inférieures, qui furent successivement paralysées. Il y avait paralysie complète du tronc, de la vessie et du rectum; l'abdomen était tendu, météorisé; l'urine ne pouvait être extraite qu'à l'aide du cathéter; le malade se plaignait d'un peu de céphalalgie. Le 1er janvier M. Duméril reconnut l'état suivant, qui se maintint sans aucun changement jusqu'à la mort.

» Le malade était immobile, étendu sur son lit; la tête, inclinée vers l'épaule droite, ne pouvait être dérangée sans douleur de cette position. Le visage était calme et le pouls régulier, quoique assez fort; il n'y avait pas de céphalalgie, la respiration et les autres fonctions des viscères se faisaient bien. Il y avait des douleurs très vives dans le bras droit, principalement dans l'articulation de l'épaule; ce bras présentait, depuis quelques jours seulement, quelques contractions musculaires extrêmement bornées; tout le reste du corps, y compris l'extrémité supérieure gauche, était complétement privé de mouvement et de sensibilité. La pression était douloureuse dans la région du cou, au niveau des troisième et quatrième vertèbres. La chaleur était égale partout; l'excrétion des urines était

involontaire; celle des fèces l'était aussi lorsqu'on parvenait à la provoquer à l'aide des lavements, malgré une opiniâtre constipation. Le malade accomplissait complétement toutes ses fonctions cérébrales, et ne paraissait susceptible que d'impressions gaies. Il resta dans le même état jusque vers le milieu de janvier; alors il maigrit et s'affaiblit sensiblement, sans concevoir d'inquiétude sur l'issue de sa maladie. D'énormes escarres détachées du sacrum avaient dénudé cet os et répandaient une odeur fétide. L'appétit disparut. Le 17, il y eut un vomissement abondant de sang noirâtre. Le 18, la mort arriva après quarante jours de maladie. Quatre à cinq ans auparavant, cet homme avait eu une première atteinte d'une pareille affection; il avait été pris d'une vive douleur au cou, à la suite de laquelle il avait eu de la gêne dans les mouvements du bras et de la jambe gauches. Il fut guéri complétement en trois mois, et toute trace d'incommodité avait complétement disparu. A la dissection du cadavre, on reconnut au travers de la pie-mère, après avoir ouvert le fourreau rachidien, au niveau de l'origine des quatrième, cinquième et sixième paires cervicales du côté gauche, une tumeur violâtre du volume d'une grosse amande. Les faisceaux postérieurs de la moitié gauche de la moelle étaient, à ce niveau, pénétrés de sang, légèrement soulevés, dissociés et non déchirés. Le foyer sanguin se prolongeait en dehors entre les racines antérieures et les racines postérieures des paires cervicales indiquées; il les soulevait, les écartait et leur donnait une teinte violacée, mais il n'avait point altéré leur continuité. Vu antérieurement, le foyer apoplectique présentait une saillie bien plus considérable que postérieurement; il ne dépassait cependant pas aussi la ligne médiane, qui était déjetée à droite. Le sang semblait être à nu sur la pie-mère; il n'y avait pas seulement dissociation des fibres des faisceaux antérieurs; il y avait déchirure, disparition de ces fibres, et les filets des racines antérieures des nerfs, teints de sang, paraissaient réduits à leur névrilème. La moelle étant fendue en arrière dans toute sa longueur, on reconnut que la substance grise avait été remplacée par du sang concret, qui occupait toute la longueur du cordon rachidien, depuis le collet du bulbe d'origine jusqu'au bulbe de terminaison; en sorte que la moelle épinière tout entière était convertie en un canal plein de sang. C'était au-dessus et au-dessous du foyer apoplectique que la quantité de sang épanché était le plus considérable; elle allait en diminuant à partir du foyer jusqu'à l'extrémité inférieure de la moelle. Ce sang offrait tous les caractères d'un épanchement récent, mais les parois du canal dans lequel il était contenu présentaient une couleur jaune serin, indice non équivoque d'un épanchement ancien. Quant au foyer apoplectique, il était extrêmement compacte, formé d'une trame cellulo-fibreuse très dense, d'une couleur où se mêlaient, avec des nuances diverses, le jaune orangé et le brun marron; les mailles de cette trame étaient remplies par du sang concret très noir. L'estomac et les intestins étaient tapissés dans toute leur étendue par du sang noir morcelé, décomposé, au-dessous duquel on trouvait les parois dans un état complet d'intégrité, soit pour la couleur, soit pour la consistance. Les autres organes étaient sains. » (Cruveilhier, *Anat. path. du corps humain*, 3e livraison; et *Journ. gén. de méd.*, avril 1829, t. CIX, p. 437.)

Nous aurions encore à considérer les caractères de l'épanchement dans les ventricules et les méninges; mais ces variétés méritent une mention à part.

Du siége de l'hémorrhagie. — Nous venons de voir, d'après M. Gendrin, les caractères que présente l'épanchement suivant les siéges divers qu'il affecte; il est important maintenant de déterminer dans quelle proportion de fréquence il affecte ces divers siéges. Déjà Morgagni (*De sed. et caus. morb. Epist. anat. med.*, III, art. 18), qui le premier s'est occupé de cette question, était arrivé à des données très rapprochées de la vérité; mais depuis, on a poussé plus loin l'exactitude, et les trois tableaux suivants, dont les deux premiers appartiennent à M. Rochoux et le troisième à M. Andral, laissent peu à désirer.

PREMIER TABLEAU.

Indication du siége de l'hémorrhagie suivant les côtés et les portions des centres nerveux qu'elle affecte.

Côté gauche.	Cerveau. . . .	Dans l'intérieur du corps strié	11	22
		Dans la partie moyenne de l'hémisphère hors du ventricule	4	
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère.	2	
		Entre le corps strié et la couche optique.	1	
		Dans la couche optique.	1	
		Dans la partie antérieure et interne de l'hémisphère (lobule)	1	
		Dans le lobe moyen.	1	
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère, communiquant avec le ventricule	1	
	Cervelet. . . .	Dans le lobe latéral		2
Côté droit.	Cerveau. . . .	Dans l'intérieur du corps strié.	6	22
		Dans la partie externe du corps strié	1	
		Dans la partie moyenne de l'hémisphère.	4	
		Sous le corps strié.	3	
		Dans la couche optique.	1	
		Dans la couche optique, communiquant avec le ventricule	1	
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère, hors du ventricule.	2	
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère, s'ouvrant dans le ventricule	4	
	Cervelet. . . .	Dans le lobe latéral.		2
Des deux côtés.	Cerveau. . . .	Dans les deux hémisphères, principalement le droit. .	2	8
		Dans les corps striés également.	2	
		Dans la partie antérieure et interne des hémisphères.	1	
		Dans le corps strié droit et la couche optique gauche.	1	
		Dans le corps strié droit et la face interne et postérieure du ventricule gauche	1	
		Dans la partie postérieure des hémisphères, s'ouvrant dans les ventricules.	1	
	Cervelet dans les deux lobes.			2
	Protubérance annulaire			2
	Protubérance annulaire, s'étendant à la couche optique.			1
	Moelle allongée.			4
				65

DEUXIÈME TABLEAU.

Indication du siége de l'hémorrhagie sans distinction de côté.

Cerveau.	Dans le corps strié, la couche optique et le voisinage de ces parties.	Dans le corps strié	26	30
		Dans la couche optique	3	
		Dans le corps strié et dans la couche optique	1	
	Dans les diverses parties du cerveau.	Dans la partie moyenne des hémisphères.	7	22
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère, avec déchirure des ventricules	6	
		Dans l'hémisphère en dedans et en avant.	2	
		Dans la partie postérieure de l'hémisphère.	2	
		Dans l'hémisphère en dedans et en arrière.	3	
		Dans la partie moyenne de l'hémisphère, avec déchirure des ventricules	1	
		Dans le lobe moyen	1	
Cervelet		Dans les lobes latéraux		6
Protubérance annulaire		Dans la protubérance annulaire seule	2	3
		S'étendant dans la couche optique	1	
Moelle allongée				4
				65

TROISIÈME TABLEAU.

Siége de l'hémorrhagie considérée dans les diverses parties de l'axe cérébro-spinal.

Dans la partie des hémisphères cérébraux situés au niveau des corps striés et des couches optiques et à la fois dans ces deux corps	202
Dans les corps striés	61
Dans les couches optiques	35
Dans la partie des hémisphères située au-dessus du centre ovale de Vieussens	27
Dans les lobes latéraux du cervelet	16
Au-devant des corps striés	10
Dans le mésocéphale	9
Dans la moelle épinière	8
Dans les couches optiques (lobe postérieur)	7
Dans le lobe médian du cervelet	5
Dans les pédoncules du cerveau	3
Dans un pédoncule du cervelet	1
Dans les éminences olivaires	1
Dans la glande pituitaire	1
Dans les parties blanches centrales	0
	386

Ces tableaux n'ont pas besoin de commentaires ; ils indiquent suffisamment quelles sont les parties de l'encéphale qui sont le plus prédisposées à l'épanchement. Nous aurons à examiner plus tard s'il est possible, pendant la vie, de diagnostiquer quelle est la partie affectée ; auparavant, il nous reste à étudier les lésions que l'on rencontre le plus souvent avec l'hémorrhagie, et dans lesquelles on a souvent trouvé avec raison les causes de l'épanchement.

« L'altération la plus immédiatement liée à l'hémorrhagie cérébrale, dit M. Gendrin, est, sans contredit, la rupture des artères encéphaliques. Cette rupture existe toujours, mais elle est souvent difficile à constater. Cela dépend d'abord de la ténuité considérable des artérioles rompues, et ensuite de la désorganisation plus ou moins étendue de la pulpe cérébrale autour du foyer.

» Les artérioles qui fournissent le sang qui s'extravase sont le plus souvent des rameaux de quatrième ou cinquième ordre, rarement de plus d'un tiers de ligne de diamètre. On peut, dans un grand nombre de cas, reconnaître leur rupture en détachant avec beaucoup de lenteur, par la percussion d'un très petit filet d'eau, le sang coagulé des parois du foyer auxquelles il adhère. On suit ainsi les artérioles depuis leur origine jusque dans le caillot. On les voit entourées, à leurs extrémités, d'un détritus du caillot. Leur interruption brusque dans le centre de ces dernières parcelles du sang extravasé, et la présence de stries fibrineuses qui semblent prolonger ces extrémités vasculaires dans le caillot, ne laissent pas de doute qu'il ne se soit établi une continuité entre le caillot, résultat de l'extravasation, et le sang qui traversait ces artérioles. Il est rare que cette disposition ne se trouve que pour une seule artériole; elle est ordinairement commune à toutes les ramifications d'un faisceau de plusieurs de ces petits vaisseaux nés tous de la même branche vasculaire. On conçoit aisément que l'on ne peut arriver à constater l'origine du sang extravasé et les rameaux vasculaires rompus, que lorsque la mort arrive peu de temps après l'accomplissement de l'hémorrhagie.

» La disposition des épanchements de sang, à l'égard des vaisseaux du cerveau, suffit, dans les cas où la rupture des capillaires ne peut être immédiatement reconnue, pour montrer quelle a été l'origine de l'épanchement.

» Tous les foyers hémorrhagiques encéphaliques sont, dans la portion du caillot qui a le plus de densité, en rapport avec des faisceaux vasculaires qui pénètrent jusque dans le caillot, et qui lui constituent comme un pédoncule. Presque toujours aussi le foyer s'est étendu sur le trajet des faisceaux vasculaires en remontant vers leur origine. C'est ainsi que les épanchements de sang, qui occupent le siége le plus fréquent de ces lésions dans le cerveau, la partie profonde du corps strié, et l'intervalle de ce corps et de la couche optique, s'étendent en suivant le trajet des vaisseaux jusqu'au fond de la scissure de Sylvius et des anfractuosités des circonvolutions du lobe moyen dans cette scissure. Les rapports des foyers hémorrhagiques avec les vaisseaux encéphaliques que nous venons d'indiquer sont emphysémateux à la base de son lobe inférieur, sur le bord duquel il existait un appendice de vésicules dilatées par de l'air du volume d'une noix. Le rachis a été ouvert : on n'y a rien remarqué d'anomal.

» Il serait difficile d'attribuer l'hémorrhagie qui a produit, dans ce cas, l'apoplexie foudroyante à un ramollissement cérébral antécédent. La surface des circonvolutions profondes en rapport avec le siége immédiat de l'hémorrhagie était cependant ramollie jusqu'à une certaine profondeur; mais l'artère, au lieu où était sa rupture, est en entier contenue dans le réseau celluleux de la pie-mère, et le ramollissement de la surface du cerveau était évidemment l'effet de l'extravasation du sang, qui, en s'insinuant dans la pie-mère, avait altéré la pulpe cérébrale adjacente.

» M. Rochoux, dans sa monographie sur la maladie qui nous occupe (1), a réuni plusieurs observations, empruntées à différents auteurs, sur des ruptures des principaux troncs artériels encéphaliques, tels que la carotide, le tronc basilaire, l'artère communicante, les artères méningées, etc. M. Abercrombie a aussi publié plusieurs faits de ce genre (2). Dans presque tous ces cas, ces artères étaient malades; elles étaient même anévrismatiques dans quelques uns. Ces ruptures des grosses artères sont des lésions hémorrhagiques peu communes, tandis que les ruptures des artères de petit volume de la superficie du cerveau et de son tissu sont la cause immédiate dn plus grand nombre, peut-être

(1) *Recherches sur l'apoplexie*, deuxième édit. Paris. 1833, p. 339.

(2) *Des maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*, trad. par A.-N. Gendrin, deuxième édit. Paris, 1835, p. 348.

même de toutes les hémorrhagies cérébrales. Les cas dans lesquels nous les avons pu découvrir sur les cadavres sont beaucoup plus nombreux que ceux dans lesquels elles ont échappé à nos recherches.

» Les artères cérébrales sont très souvent malades chez les apoplectiques; leurs tuniques sont indurées par plaques jaunâtres, de consistance cartilagineuse, la plupart incrustées de sels calcaires; ces plaques ont de une à deux lignes de diamètre; le plus ordinairement elles n'occupent qu'un segment du tube artériel; elles forment quelquefois des anneaux complets; elles sont, dans quelques points, assez épaisses pour diminuer notablement le calibre de l'artère. Cette maladie des tuniques artérielles, dont nous nous occuperons en parlant des phlegmasies des artères dont elles sont les suites, est tantôt limitée aux artères encéphaliques, tantôt commune à ces vaisseaux et aux autres parties du système vasculaire à sang rouge; elle coïncide fréquemment avec des hypertrophies du ventricule gauche du cœur, dont elle est elle-même souvent la cause.

» M. Abercrombie semble disposé à attribuer aux altérations des artères qui viennent d'être indiquées les ruptures qui produisent les extravasations de sang dans la tête (1). Ce qui donne de la force à cette manière de voir, ce sont les faits dans lesquels on voit, comme nous l'avons nous-même constaté quatre fois encore depuis peu de temps, plusieurs attaques d'apoplexie survenant par des hémorrhagies dans la pulpe d'un hémisphère cérébral dont tous les principaux troncs vasculaires artériels sont malades, lorsqu'il ne se produit aucune altération semblable dans l'autre hémisphère, dont tout l'appareil vasculaire à sang rouge est sain. L'observation nous a néanmoins aussi mis bien des fois à même de reconnaître des hémorrhagies cérébrales par rupture de rameaux artériels sans traces de maladie antécédente des vaisseaux, ni de l'encéphale lui-même, et sans maladie du cœur.

» Lorsque nous avons constaté des maladies des artères cérébrales chez des apoplectiques, nous ne les avons trouvées que rarement dans les rameaux vasculaires rompus. Le plus souvent elles ne s'étendaient pas au-delà des deuxièmes divisions des artères. Nous avons aussi rencontré ces lésions vasculaires chez des apoplectiques qui avaient péri d'apoplexie foudroyante, déterminée soit par la seule congestion cérébrale, soit par l'excès de quantité du fluide céphalo-rachidien. Ces altérations morbides des artères sont fréquentes à l'âge auquel survient le plus souvent l'apoplexie, sans que cependant cette maladie se manifeste; elles coïncident aussi fréquemment avec l'encéphalite qu'avec l'hémorrhagie cérébrale. Ces remarques ôtent de l'importance à cette lésion des artères cérébrales comme cause immédiate des hémorrhagies encéphaliques; cependant elles ne doivent pas empêcher de reconnaître que, la circulation étant partout à un certain degré, même dans les veines, sous l'influence de l'action, ou au moins de la rétractilité des parois des artères, qui transmettent, continuent et peut-être complètent l'action du cœur, les maladies de ces vaisseaux doivent favoriser les congestions sanguines et prédisposer encore ainsi aux ruptures vasculaires. En considérant les choses sous ce point de vue, on comprend comment ces maladies vasculaires concourent à produire des congestions cérébrales ou, par suite de la congestion, l'augmentation de la quantité de la sérosité encéphalique ou des extravasations de sang qui constituent les différentes lésions apoplectiques.

» Les veines encéphaliques peuvent être aussi le siége des ruptures qui déterminent les hémorrhagies (1). Les ruptures des plexus choroïdes, qui ont été quelquefois la cause immédiate d'épanchements de sang si rapidement mortels dans les ventricules latéraux (2), comprennent nécessairement en même temps les capillaires artériels qui entrent dans la structure du plexus et les veines qui vont, en se réunissant à la veine du corps strié, former les veines de Galien Ces vaisseaux sont assez gros pour fournir une hémorrhagie considérable. M. Serres

(1) *Loc. cit.*, p. 350.

(1 Bonet, *Sepulcret. anat.*, lib. I, sect. 2.

(2) Wepferi, *Hist. apop.*, obs. LV. — Th. Bartholin, *Obs. anat.*, II, hist. VI. — Fernel, *De abdit. rer. causis*, lib. XI, cap. XV.

a rapporté un cas d'apoplexie foudroyante par suite de la rupture de la veine de Galien du côté droit (1).

» L'oblitération accidentelle des sinus veineux, qui peut résulter de l'inflammation de leurs parois, en gênant la sortie du sang, peut entraîner l'hémorrhagie cérébrale, comme nous en avons vu un exemple (2). Toute obstruction des veines qui viennent du cerveau doit avoir ce résultat. Le docteur Douglas a recueilli un exemple d'hémorrhagie cérébrale par rupture du sinus latéral gauche (3); il a négligé de constater si le canal veineux était resté libre. » (Gendrin, *loc. cit.*, p. 477.)

Nous n'ajouterons qu'un mot à cette description, en général exacte, c'est que l'auteur va évidemment au-delà des faits en affirmant qu'il existe *toujours* une rupture de vaisseaux dans l'apoplexie. Nous admettons volontiers que dans bien des cas cette rupture a échappé aux recherches insuffisantes de l'observateur, car nous savons par expérience combien ces recherches offrent souvent de difficultés; mais, d'un autre côté, n'est-il pas possible que certaines altérations du sang permettent à ce liquide, ainsi qu'on l'a pensé, de s'échapper des canaux qui le contiennent normalement, et de se rassembler en foyer, en écartant les tissus, et de plus ne serait-ce pas abuser du mot *rupture* que de l'affecter à des lésions supposées des vaisseaux capillaires, dans des cas où le siége de l'hémorrhagie suffit pour prouver qu'aucun vaisseau d'un calibre appréciable à la vue ne peut être rompu? Cela nous paraît évident pour certains cas d'épanchement très circonscrit; l'évidence est plus grande encore dans une forme d'hémorrhagie dont il nous reste maintenant à dire quelques mots.

De l'hémorrhagie cérébrale capillaire. — Cette forme d'hémorrhagie capillaire, sur laquelle M. Cruveilhier a appelé l'attention, est constituée, ainsi que son nom l'indique, par une foule de très petits épanchements, plus ou moins rapprochés les uns des autres; ces épanchements, ne détruisant qu'une très petite partie des fibres cérébrales, ne produisent pas le plus ordinairement les symptômes de l'apoplexie; ils se résorbent assez facilement; mais, quand ils sont résorbés, ils laissent à leur suite un ramollissement, comme l'hémorrhagie ordinaire; seulement comme il n'existe pas de cavité au centre de ce ramollissement, vu la ténuité des foyers multiples, le ramollissement est la seule chose qu'on observe, et c'est ce qui constitue le ramollissement des auteurs; telle est du moins la manière de voir de M. Cruveilhier. Nous verrons ce qu'il en faut penser lorsque nous étudierons le ramollissement. Pour le moment, nous allons passer à une autre partie de l'histoire de l'apoplexie.

Symptômes. — *a. Prodromes.* — A une époque où l'on décrivait les maladies plus au point de vue de l'art qu'au point de vue de l'observation, à une époque où l'on aimait, dans l'histoire des maladies, les divisions et les subdivisions symétriques, comme les rhéteurs aimaient dans les discours l'exorde et la péroraison, on décrivait avec complaisance tous les signes qui annoncent l'apparition plus ou moins prochaine d'une attaque d'apoplexie. Avicenne est très riche en prodromes, parmi lesquels il comprend : le soda, une céphalalgie subite, le gonflement des jugulaires, le vertige, la scotomie, l'éblouissement, les palpitations, les tremblements de tout le corps, le froid des membres, la torpeur, le grincement des dents, le soufflement, l'incube, etc., etc.

Portal, qui écrivait à une époque où déjà l'observation était prise plus au sérieux, n'était guère plus réservé que les anciens; voici ce qu'il dit à propos des signes précurseurs de l'apoplexie :

« Les douleurs gravatives de la tête en général, du front, des tempes principalement, si elles sont accompagnées d'un peu de stupeur, les étourdissements, les vertiges fréquents, surtout s'il y a un peu de faiblesse dans la mémoire, c'est ce qu'il est très fréquent d'observer chez les gens de cabinet.

(1) Nous ne citons ce fait qu'avec réserve; il se trouve dans un Mémoire inséré en 1819 dans l'*Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris*, p. 320, obs. XXXVI.

(2) Nous avons inséré ce fait dans le journal la *Revue médicale*, année 1826, t. II, p. 37, et dans les notes de la traduction de l'ouvrage déjà cité de M. Abercrombie, p. 356.

(3) *Edinb. Med. Essays and obs.* vol. VI.

» Ces symptômes ordinaires, précurseurs de l'apoplexie, sont souvent réunis à quelques contractions involontaires des muscles de la face ou du tronc, plus ou moins durables, pendant la nuit d'abord, et ensuite pendant le jour.

» Ce ne sont, d'autres fois, que des espèces de fourmillements, des spasmes, des tremblements plus ou moins longs, des crampes qui, si elles sont fréquentes, peuvent être comprises parmi les symptômes avant-coureurs de l'apoplexie.

» On doit aussi y comprendre les tintements d'oreilles, avec un peu de surdité, ou celle-ci plus ou moins complète, avec ou sans ces tintements, surtout s'il n'y a point de fièvre;

» La faiblesse, et encore plus l'obscurcissement de la vue, la cécité même;

» La vue double, la luscité, le strabisme, la fixité de l'œil. Un apoplectique, auquel j'ai donné des soins, éprouva trois attaques, à des distances assez longues, qui furent précédées par une amblyopie, où, avant chacune desquelles, il vit les objets doubles. J'en ai vu un autre qui avait louché pendant quelque temps; un autre qui avait de la fixité dans le globe d'un œil.

» M. le comte d'Adhémar, ambassadeur en Angleterre, vers la fin de la dernière monarchie, eut une légère affection comateuse, à Londres, qui n'eut aucune suite. Consulté sur cet accident, le malade désirant de faire un voyage en France, je lui conseillai de se rendre directement à Bourbonne-les-Bains, pour y boire les eaux, s'y baigner et y recevoir des douches, ce qu'il fit, et avec quelque succès.

» Cependant, de retour à la cour, il négligea le soin de sa santé. Je remarquai qu'il y avait un peu de fixité dans l'œil gauche, et qu'il tenait, en marchant, la pointe du pied du même côté, un peu plus en dedans, et qu'il la penchait légèrement vers la terre plus que celle de l'autre pied. M. de Montmorin, ministre des affaires étrangères, m'ayant demandé ce que je pensais de cet ambassadeur, je lui répondis que je le croyais au moment d'éprouver une forte attaque d'apoplexie, quoiqu'on le vît tous les jours à la cour, et qu'on le crût en bonne santé. Mon pronostic fut connu, et, malheureusement pour M. d'Adhémar, il se réalisa bientôt, car il eut une attaque d'apoplexie formidable, des suites de laquelle il mourut.

» La diminution, ou l'extinction de la voix, ou même l'embarras de la parole, de manière que les malades bégayent en prononçant certains mots, ou parlent beaucoup plus bas que de coutume et forment mal les sons.

» Un mouvement dans la respiration, tel que le malade fait une longue et bruyante inspiration au moment où il ne s'y attend pas; quelquefois les muscles des cartilages du nez sont irrégulièrement contractés, ainsi que ceux des lèvres, ce qui fait que leur commissure est détournée de leur situation naturelle.

» Les apoplexies ont été annoncées par le cauchemar, par la diminution dans la sensation du toucher de toute l'habitude du corps ou de l'une des deux mains, ou des pieds, ou d'un seul des doigts, des orteils, des paupières, des lèvres, ou enfin d'une seule partie.

» L'apoplexie a été annoncée par des convulsions cloniques ou toniques, quelquefois très légères, de divers muscles, souvent de ceux de la face, de la mâchoire inférieure, de la langue, du pharynx.

» Enfin, on peut comprendre parmi les symptômes précurseurs de l'apoplexie, la lenteur et la faiblesse de toutes les fonctions physiques et morales, moins d'appétit, du retard dans le pouls; une propension au sommeil, non seulement après le repas, mais pendant le reste de la journée;

» Une pesanteur de tête qui dure plus ou moins de temps, lorsque le malade se lève du lit, et qui revient quelquefois dans la journée, surtout dans la soirée d'une manière notable;

» Quelquefois un gonflement apparent du visage, des paupières, principalement du cou, souvent avec rougeur.

» Tels sont les premiers symptômes qui peuvent annoncer l'apoplexie: elle est d'autant plus prochaine que ces symptômes sont graves, et que plusieurs sont réunis. Elle va survenir, s'il y a de violentes convulsions, en une paralysie confirmée de quelques membres.

» Quelquefois les muscles d'un côté du corps sont en convulsion et ceux de l'autre côté en paralysie; et celle-ci succède souvent aux convulsions, ce qui est plus fa-

cheux; cet état est souvent annoncé par la distension de la bouche et par la difficulté de parler et d'avaler, le malade ayant la langue de travers lorsqu'il la sort hors de la bouche, quelquefois oubliant de la rentrer lorsqu'il l'a sortie.

» Le moral perd tellement de son énergie, que non seulement la mémoire est alors affaiblie pendant plus ou moins de temps, mais que les malades ont peine à trouver le mot propre de la chose qu'ils veulent exprimer, et qu'ils sont obligés de faire des circonlocutions pour se faire entendre, et encore ne peuvent-ils prononcer les mots assez clairement pour y réussir.

» J'en ai vu qui disaient tout autre chose que ce qu'ils paraissaient vouloir dire, ou, bien plus, qui étaient atteints d'un vrai mutisme.

» Tous ces symptômes sont l'annonce d'une apoplexie prochaine, surtout si l'individu y est disposé par sa propre constitution, par son âge, par son origine. » (Portal, *Observations sur la nature et le traitement de l'apoplexie*, p. 313.)

Rien ne serait assurément plus satisfaisant que de pouvoir porter des pronostics aussi assurés que celui dont Portal fait mention, mais malheureusement, quand on veut étudier sérieusement la question des prodromes, on se trouve dans la nécessité de renoncer à beaucoup d'illusions. M. Rochoux a cherché d'une manière rigoureuse l'existence des prodromes chez les malades, et voici les résultats auxquels il est arrivé :

« Pour ne parler que de ce que j'ai été à même de voir, sur soixante-trois malades dont j'ai recueilli les histoires, neuf ont présenté des symptômes précurseurs, et, parmi eux, quatre étaient habituellement sujets à des vertiges qui ne se sont pas sensiblement augmentés immédiatement avant l'attaque. Ainsi, pour être tout à fait exact, il faut convenir que cinq malades seulement ont éprouvé des symptômes précurseurs, ce qui réduit le nombre des individus dans ce cas à moins d'un dixième.

» Je ne prétends pas dire par là qu'il faille entièrement négliger ces avant-coureurs, et inspirer une sécurité dont les suites pourraient être funestes ; mais n'a-t-on pas donné dans l'excès contraire? Combien de personnes, de médecins même, n'ont-ils pas été alarmés par des accidents qui n'étaient rien moins qu'apoplectiques? » (Rochoux, *loc. cit.*, p. 70.)

M. Gendrin, cependant, tout en évitant l'excès dans lequel est tombé Portal, attache une assez grande importance aux prodromes, et croit qu'on les observerait plus souvent que M. Rochoux ne l'a fait, si l'on s'adressait à des malades plus habitués que ceux des hôpitaux à étudier leurs sensations.

» Il est rare, dit-il, que les hémorrhagies encéphaliques se manifestent sans avoir été précédées de prodromes. L'assertion contraire provient de ce qu'on s'est trop exclusivement arrêté aux faits recueillis dans les hôpitaux sur une classe de personnes habituées à négliger beaucoup de symptômes de dérangement de santé et à mal en rendre compte.

» Les symptômes précurseurs n'appartiennent spécialement à aucune des formes de l'apoplexie, ni à aucun des degrés d'intensité qu'elle peut acquérir. Il s'en faut même beaucoup qu'ils n'appartiennent qu'à l'apoplexie; on les observe aussi comme prodromes de phlegmasies cérébrales; ils sont eux-mêmes très variables dans leur durée et dans leur intensité. C'est sans doute à tout ce qu'il y a de variable et d'indéterminé dans les circonstances de ces phénomènes morbides précurseurs et dans leurs rapports avec toutes les conditions morbides dont ils sont les avant-coureurs, qu'il faut attribuer les différences et le peu de précision qui frappent dans les descriptions des prodromes des apoplexies.

» Les symptômes de la pléthore sanguine générale, toujours plus prononcés vers la tête que dans les autres parties du corps, sont fréquemment des prodromes d'apoplexie, surtout quand ils se joignent aux symptômes suivants d'hyperémie encéphalique : la pesanteur habituelle de la tête, les bouffées de chaleur vers la face et la tête, les étourdissements survenant dans les mouvements du corps étendus et lorsque les malades s'inclinent, les bruissements dans les oreilles, les illusions d'optique, les douleurs pongitives dans les tempes et derrière les oreilles après le repas ou par le seul séjour dans des lieux fortement chauffés (1).

(1) Hippocrate dit : *Quibus capitis sunt dolores, et sonitus aurium citra febrim, et tenebricosa ver-*

» L'apoplexie se manifeste souvent chez des personnes non pléthoriques ; son invasion n'en est pas moins précédée de symptômes précurseurs, mais ils sont très variables et ils diffèrent presque pour chaque individu. Ces symptômes ont cependant tous ce caractère commun, qu'ils indiquent un certain degré de gêne ou d'imperfection dans l'accomplissement des fonctions des centres nerveux. Tantôt c'est une perte remarquable de la mémoire, une lenteur insolite à rendre ses idées, de la surdité, des illusions d'optique, quelques vertiges ; d'autres fois, c'est un besoin insolite de sommeil, des mouvements spasmodiques vagues d'un bras, d'une jambe, des yeux, des paupières, des muscles de la face ou des lèvres ; du bégaiement ; une difficulté insolite d'articuler certains mots ; de la céphalalgie gravative, surtout le matin en quittant le lit, etc.

» Ces prodromes ne sont pas exclusivement propres à l'apoplexie ; cependant, ils indiquent toujours l'imminence d'une grave affection cérébrale qui est le plus ordinairement une hémorrhagie encéphalique ; ils cessent cependant souvent après quelques jours de durée, sans être remplacés par aucun accident. Assez fréquemment ils ne se montrent pas d'une manière continue, ils reviennent et disparaissent plusieurs fois par intervalles. Dans quelques cas, un prodrome est remplacé par un autre et se modifie plusieurs fois pendant plusieurs jours. Il est rare qu'on n'observe qu'un seul prodrome ; le plus souvent plusieurs se montrent en même temps ou successivement.

» La durée des prodromes de la maladie est très variable. Il n'est pas rare de voir des sujets chez lesquels des symptômes précurseurs se sont reproduits par intervalles et se sont prolongés pendant des mois, sans que pour cela l'apoplexie soit survenue ; tandis qu'on observe d'autres personnes frappées d'apoplexie après les prodromes très légers qui ont à peine duré quelques heures.

» L'impossibilité évidente d'établir, dans le plus grand nombre des cas, des rapports sinon rigoureux, au moins assez étroits entre les prodromes et l'invasion de la maladie, n'a pas eu seulement pour résultat de contribuer à laisser subsister beaucoup de confusion sur les phénomènes précurseurs de la maladie ; elle a aussi fait négliger par un trop grand nombre de praticiens l'observation attentive de ces phénomènes si importants, surtout pour la prophylaxie des maladies cérébrales qui nous occupent. » (Gendrin, *loc. cit.*, p. 378.)

b. Symptômes de l'apoplexie confirmée ou *symptômes proprement dits.* — L'apoplexie confirmée est remarquable et se caractérise principalement par trois ordres de symptômes : la paralysie ou abolition de la motilité, l'anesthésie ou abolition de la sensibilité, et le trouble ou même l'abolition des facultés intellectuelles. Nous commencerons donc par l'étude de ces trois symptômes importants.

1° *Lésions de la motilité.*—On a dit avec raison que la paralysie était le symptôme le plus prononcé et presque caractéristique de l'hémorrhagie cérébrale ; il n y a guère d'épanchement d'un certain volume sans paralysie, et l'étendue, ainsi que l'intensité de celle-ci, est presque toujours en rapport avec l'étendue du foyer sanguin. La parfaite circonscription habituelle des foyers apoplectiques, jointe à l'intégrité fréquente des parties environnantes, est une des conditions les plus avantageuseque l'on puisse rencontrer pour étudier l'influence que peuvent avoir les diverses parties de l'encéphale sur les divers organes ou systèmes d'organes moteurs, sur les diverses fonctions sensitives ou intellectuelles : aussi c'est à propos de l'apoplexie qu'on s'est livré aux recherches les plus suivies dans ce sens. Ces recherches offrant un haut intérêt, nous les ferons connaître d'une manière complète. Pour mettre un peu d'ordre dans cette étude, il est important de distinguer la paralysie 1° suivant qu'elle est générale : 2° suivant qu'elle est partielle et n'affecte qu'une moitié du corps (hémiplégie), ou 3° suivant qu'elle est bornée à un seul ou à un petit nombre d'organes.

Le cas où la paralysie est générale est, à beaucoup près, le plus rare ; elle n'a guère lieu que dans les épanchements sanguins

tigo, et vocis tarditas, et manuum torpor, eos aut apoplecticos, aut epilepticos, aut obliviosos fore expecta. (Coacæ prænot., n° 162. Chart. edent. t. VIII, p. 861. — *Œuvres complètes d'Hippocrate*, trad. par E. Littré. Paris, 1846, t. V, p. 619.)

très considérables ou qui siègent dans les deux hémisphères cérébraux ou dans les parties centrales de l'encéphale; mais on donne encore le nom de paralysie générale à celle qui affecte les deux côtés du corps, soit que tout le côté se trouve pris, soit qu'une partie seulement de ce côté soit affecté. Ces cas de paralysie *générale*, quoique incomplète, sont encore rares, mais cependant plus fréquents que les précédents. M. Andral les a observés :

1° Dans l'hémorrhagie simultanée ou successive des deux hémisphères;

2° Dans l'hémorrhagie considérable d'un seul hémisphère, avec destruction des parois du ventricule latéral correspondant, irruption du sang dans ce ventricule, et de celui-ci dans les autres cavités cérébrales, soit à travers les orifices naturels de communication, soit à travers la cloison transparente déchirée;

3° Dans l'hémorrhagie d'un seul hémisphère, sans épanchement de sang dans les ventricules, mais assez considérable pour avoir réduit en détritus la plus grande partie de la substance de cet hémisphère.

Nous pouvons ajouter qu'assez souvent on observe la paralysie générale, alors même que l'hémorrhagie est médiocre et n'affecte qu'un seul hémisphère, mais seulement au début de la maladie. Ordinairement, après un ou deux jours, ou même après quelques heures, la paralysie se limite à un côté du corps ou à une partie de ce côté, ce qui est rare.

Le cas le plus fréquent est donc celui où la paralysie affecte un seul côté, et principalement les membres de ce côté, qui sont les organes où les mouvements sont le plus prononcés.

« Lorsque les deux membres sont simultanément frappés de paralysie, dit M. Andral, ils peuvent l'être à un égal degré, mais ce cas est le plus rare, et bien ordinairement c'est dans le membre supérieur que la perte de mouvement est la plus complète. Rien de plus commun que de trouver ce membre complétement immobile, en même temps qu'on voit la jambe et la cuisse du même côté se remuer encore un peu par la volonté du malade. Souvent même la jambe exécute dans le lit des mouvements assez étendus; ils sont seulement un peu plus lents que ceux de la jambe du côté opposé, et le malade ne s'aperçoit lui-même qu'un de ses membres abdominaux est lésé que lorsqu'il vient à marcher; alors on le voit traîner légèrement une des jambes ou ne se soutenir sur elle que d'une manière mal assurée.

» Le moment où l'hémiplégie s'établit coïncide dans bien des cas avec une perte complète de connaissance, et alors la chute peut avoir lieu indifféremment dans tous les sens. Mais lorsque cette perte de connaissance n'a pas lieu, le malade sent tout à coup se dérober sous lui le membre abdominal qui vient d'être frappé de paralysie, et il tombe comme une masse du côté de l'hémiplégie, bien qu'il conserve toute sa connaissance. Dans la plupart des observations publiées sur l'hémorrhagie cérébrale, on n'a point assez cherché à distinguer les cas où la chute est causée par la seule paralysie instantanément survenue d'avec ceux où elle coïncide avec la perte de connaissance.

» L'hémorrhagie des hémisphères cérébraux peut aussi ne produire que la paralysie d'un seul membre, tantôt du membre thoracique, tantôt du membre abdominal. La paralysie isolée du premier de ces membres nous a paru plus commune que celle du second. Nous avons en ce moment sous les yeux à l'hôpital de la Pitié un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, qui, s'étant couché très bien portant, fut fort étonné, en se réveillant, de ne pouvoir plus imprimer aucun mouvement à son bras gauche et de ne plus voir de l'œil droit. Cet homme est depuis cinq mois paralysé du membre thoracique gauche et privé de la vue à droite. Nulle part ailleurs il n'y a la moindre trace de paralysie; il n'éprouve aucun mal de tête, il n'a pas d'étourdissements, son intelligence est intacte, et jamais elle n'a été troublée un seul instant.

» Dans ces derniers temps, quelques faits ont été publiés dans le but de prouver que la paralysie des membres thoraciques dépend d'une lésion bornée aux couches optiques ou à la masse nerveuse située à leur niveau et derrière elles, et que la paralysie des membres abdominaux dépend d'une lésion des corps striés ou de la masse nerveuse située à leur niveau ou au devant d'eux. Pour déterminer l'exactitude

de cette opinion, nous avons aussi interrogé les faits. Or, ne prenant que ceux dans lesquels la lésion était parfaitement limitée, nous en avons trouvé 75 dans lesquels cette lésion (hémorrhagie ou autre) était assez exactement circonscrite pour qu'ils pussent servir à la solution de la question qui nous occupe.

Sur ces 75 cas, nous en avons compté 40 dans lesquels les deux membres d'un côté étaient à la fois paralysés. Sur ces 40 cas, il y en avait 21 dans lesquels il n'y avait de lésé que le lobule antérieur ou le corps strié; il y en avait 19 dans lesquels la lésion avait pour siége le lobule postérieur ou la couche optique.

» Sur ces mêmes 75 cas, nous en avons trouvé 23 dans lesquels la paralysie était bornée au seul membre thoracique, dont 11 avec lésion du corps strié ou du lobule antérieur; 10 avec lésion de la couche optique ou du lobule postérieur; 2 avec lésion du lobule moyen.

» Enfin sur ces 75 mêmes cas, nous en avons trouvé 12 autres dans lesquels la paralysie était bornée au seul membre thoracique, dont 10 avec lésion des corps striés ou du lobule antérieur, et 2 avec lésion de la couche optique ou du lobule postérieur.

» De ces faits, comment ne pas conclure que, dans l'état actuel de la science, on ne peut encore assigner dans le cerveau un siége distinct aux mouvements des membres supérieur et inférieur? Sans doute ce siége distinct existe, puisque chacun de ces membres peut se paralyser isolément; mais nous ne le connaissons pas encore.

» En même temps que les membres d'un côté du corps sont frappés de paralysie, d'autres parties peuvent l'être à divers degrés. Ces parties sont, dans la plupart des cas, les suivantes :

» Les globes oculaires ;
» Les paupières ;
» Les différentes parties de la face ;
» Les lèvres :
» La langue ;
» Le cou ;
» Le larynx ;
» Le pharynx et l'œsophage ;
» La vessie ;
» Le rectum ;

» De toutes ces parties, il n'en est aucune dont la paralysie soit aussi commune que celle des membres, et elle ne se montre pas dans toutes les autres avec une égale fréquence. Ainsi les différentes parties de la face et la langue en sont plus souvent le siége que les autres parties ci-dessus désignées. Suivons cependant la paralysie dans chacune d'elles.

» La paralysie des muscles imprimant le mouvement aux globes oculaires se dénote par la déviation constante de ces globes dans un sens ou dans l'autre ; c'est alors le strabisme qu'on observe le plus communément. Mais ce phénomène est fort rare, et on ne le trouve presque jamais noté dans les nombreuses observations publiées sur l'hémorrhagie cérébrale ; nous ne l'avons nous-même rencontré que dans un petit nombre de cas. Pour qu'il se produise, il faut que les muscles antagonistes de ceux qui portent le globe de l'œil en bas et en dedans soient frappés de paralysie.

» Les muscles qui constituent les parois des joues perdent beaucoup plus fréquemment que les précédents la faculté de se contracter dans les cas d'hémorrhagie des hémisphères cérébraux. C'est surtout le buccinateur dont la paralysie est le plus appréciable. Chaque fois que le malade fait une expiration, on voit une des joues se distendre passivement en même temps que la moitié des lèvres correspondantes ; et lorsque, plus tard, le malade veut exercer l'acte de la mastication, les aliments introduits dans la bouche et portés du côté du buccinateur paralysé ne peuvent plus être repoussés par lui, et s'amassent entre la joue et les dents jusqu'à ce qu'une force mécanique vienne à les en chasser.

» Dans tous les cas que nous avons observés nous-même et dans tous ceux publiés avec assez de détail pour qu'on puisse en tirer quelque parti, la paralysie du muscle buccinateur a existé du même côté que la paralysie des membres.

» La distension passive d'une des joues à chaque expiration, d'où résulte le phénomène connu sous le nom d'action de fumer la pipe, ne nous a paru d'ailleurs se montrer, en général, que dans des cas très graves, et lorsqu'il y avait en même temps perte de connaissance.

» Les muscles qui impriment le mou-

vement aux lèvres conservent souvent toute la facilité de leurs mouvements; les commissures des lèvres ne présentent alors aucune déviation. Mais d'autres fois ces muscles sont frappés de paralysie; et, par suite de la rupture de leur antagonisme, la commissure des lèvres opposée à celle qui est paralysée est tirée en dehors, et en même temps elle s'incline, tantôt en haut, tantôt en bas. Dans l'immense majorité des cas, la déviation de la commissure des lèvres existe du côté opposé à l'hémiplégie; c'est par conséquent du même côté que la paralysie des membres qu'a lieu la paralysie des muscles auxquels les lèvres doivent leurs mouvements. Souvent dans l'immobilité, et tant que la bouche est fermée, elle ne paraît nullement déviée, mais sa déviation devient sensible lorsque le malade parle ou qu'il rit.

» Le degré de la déviation de la bouche n'est pas toujours en raison directe du degré même de l'hémiplégie. Nous l'avons trouvée très marquée dans des cas où la paralysie des membres était très légère; nous l'avons vue manquer dans d'autres cas où l'hémiplégie était complète.

» La langue, considérée sous le rapport de ses mouvements, présente des états fort différents chez les individus atteints d'hémorrhagie cérébrale. Il est d'abord un grand nombre de malades chez lesquels les mouvements restent parfaitement libres. Il en est qui, après être restés quelques minutes sans pouvoir parvenir à retirer la langue, semblent tout à coup recouvrer la liberté de ses mouvements; ils la projettent brusquement hors de la bouche à la suite d'un grand effort: mais ils ne peuvent ainsi réussir à rendre à la langue quelques mouvements qu'à de longs intervalles. Chez d'autres, au contraire, ces mouvements sont complétement abolis. Quelque effort que fassent les malades, il leur est impossible de tirer leur langue hors de la bouche. Dans cet état, tantôt ils peuvent encore articuler avec assez de facilité, parce que la langue, qui ne peut pas s'avancer au-devant des lèvres, peut cependant encore exécuter des mouvements à l'intérieur de la bouche: tantôt ils ne parlent plus qu'en bredouillant; tantôt, enfin, ils ne peuvent plus même prononcer la moindre parole, et tout mouvement de la langue est complétement perdu.

» D'autres malades peuvent bien tirer la langue hors de la bouche; mais elle ne sort pas droite de cette cavité, et sa pointe se dévie sensiblement à droite ou à gauche. Dans les observations particulières que nous avons rapportées il s'est trouvé que toutes les fois que la pointe de la langue était inclinée, elle l'était du côté où existait la paralysie des membres. Ce cas nous paraît être beaucoup plus commun que le cas inverse. Celui-ci, cependant, a été aussi quelquefois observé; et, au moment où nous écrivons ces lignes, il existe dans nos salles de la Pitié deux individus devenus hémiplégiques du côté droit par suite d'une hémorrhagie cérébrale, chez lesquels la langue se porte très notablement à gauche en sortant de la bouche. Chez tous deux, les membres droits ne sont paralysés qu'à un faible degré. On n'a jusqu'à présent proposé que des hypothèses pour expliquer toutes ces modifications des mouvements de la langue. Contentons-nous donc d'en avoir bien constaté l'existence.

» La paralysie des muscles du cou a été fort rarement observée dans l'hémorrhagie cérébrale. La tête incline alors du côté paralysé, en même temps que la face se tourne du côté opposé. Pour notre part, nous n'avons jamais observé cette paralysie comme suite d'un épanchement de sang dans l'un des hémisphères cérébraux.

» La paralysie des muscles qui servent à la respiration ne s'observe que dans les cas les plus graves, dans ceux auxquels on a donné le nom d'apoplexie foudroyante.

» Dans un très petit nombre de cas, on a constaté l'existence d'une aphonie complète subitement survenue. On l'a attribuée à une paralysie des muscles intrinsèques du larynx.

» La paralysie de la couche musculaire du pharynx et de l'œsophage ne s'observe que dans les cas les plus graves, et c'est ordinairement un signe mortel. Quelquefois, cependant, on la voit cesser; la déglutition redevient possible et le malade se rétablit. Dans des cas encore plus rares la dysphagie a été un des phénomènes précurseurs d'une attaque d'apoplexie. Ainsi le docteur Flandin a publié l'observation d'un jeune homme âgé de vingt-huit ans qui, à la suite de fortes conten-

tions d'esprit, fut tout à coup pris de malaise; et voulant boire, il éprouva à la gorge un serrement qui l'empêcha d'avaler. Une saignée fut pratiquée. Dans la nuit suivante, les membres gauches cessèrent tout à coup de se mouvoir et de sentir; la parole s'embarrassa et le côté gauche de la face présenta des contractions spasmodiques. Les trois jours suivants les mêmes symptômes persistèrent; toute déglutition était impossible, et pendant plusieurs jours on ne put introduire quelque liquide dans l'estomac qu'à l'aide d'une sonde que recevait l'œsophage. Le troisième jour, pour la première fois, l'introduction de la sonde fut pénible pour le malade, comme si la sensibilité commençait à reparaître dans les parties que cet instrument traversait. Dès le lendemain, quatorzième jour, la déglutition put s'opérer, et depuis elle s'accomplit parfaitement bien. L'hémiplégie gauche n'en persista pas moins.

» La paralysie de la vessie est loin d'être un phénomène commun chez les individus que l'on examine assez longtemps après qu'ils ont été frappés d'hémorrhagie cérébrale. La plupart des anciens apoplectiques que nous recevons dans nos hôpitaux ne la présentent pas. Très peu aussi rendent involontairement leurs matières fécales, et il est douteux que la constipation plus ou moins opiniâtre qu'éprouvent beaucoup d'entre eux dépende d'une paralysie du rectum. » (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 356.)

Il ressort des observations de M. Andral, et il est généralement admis aujourd'hui que, contrairement à l'opinion de certains médecins plus ou moins partisans du système de Gall, les lésions des lobules antérieurs, des couches optiques, des corps striés, etc., ne correspondent point à la paralysie d'un certain organe en particulier. Sans adopter précisément les opinions des médecins auxquels nous faisons allusion, M. Gendrin a cru cependant que dans beaucoup de cas on pouvait reconnaître la partie du cerveau lésée d'après le siège de la paralysie, et il s'est livré à ce sujet à des explications qui seront lues avec intérêt, alors même que ces explications ne seraient pas, comme le prétend l'auteur, fondées sur des observations bien rigoureuses. Voici comment il s'exprime :

« *Conditions d'après lesquelles on peut déterminer le rapport des symptômes aux lésions apoplectiques.* — On peut envisager les apoplexies par épanchement de sang, eu égard à leur siége, selon que l'hémorrhagie s'accomplit dans l'un ou l'autre des organes qui concourent à former l'axe cérébro-spinal, et même selon que cet épanchement affecte certaines parties de ces organes. Les symptômes spéciaux qui se rattachent à ces circonstances ne peuvent être déterminés que dans certaines conditions qui existent, à la vérité, dans le plus grand nombre des cas; voici les principales :

» 1° Il faut que l'épanchement de sang ne soit pas tellement considérable qu'il exerce à la fois son influence sur le cerveau par une dilacération d'une si grande étendue et par une pression si grande qu'il agisse directement ou médiatement sur la presque totalité de l'organe.

» 2° Il faut que les premiers symptômes de l'hémorrhagie, qui se rapportent souvent plus à la congestion sanguine concomitante de l'hémorrhagie qu'à la présence du foyer hémorrhagique lui-même aient disparu, ou au moins se soient atténués, de telle manière que la maladie se soit en quelque sorte localisée.

» 3° Il faut que le foyer hémorrhagique ne reste pas compliqué avec une phlegmorrhagie encéphalique qui produit des symptômes de suspension générale de toute l'influence cérébrale.

» 4° Il faut enfin qu'il ne se soit pas produit simultanément plusieurs foyers hémorrhagiques.

» Dans tous les cas où ces conditions ne se trouvent pas réunies, on peut encore le plus ordinairement, par une analyse attentive des symptômes de la maladie, en ayant bien présents les rapports qui vont être établis, déterminer l'importance et le siége des lésions encéphaliques; mais on ne peut arriver à une précision de diagnostic aussi grande que celle qu'on peut apporter pour les épanchements uniques d'un volume moyen, qui constituent les paraplexies ordinaires.

» Les plus fréquentes des hémorrhagies encéphaliques sont celles qui s'accomplissent dans le cerveau proprement dit. Le nombre des observations publiées sur ces

hémorrhagies est si considérable, qu'il semble qu'on pourrait facilement, en les prenant pour point de départ, établir des rapports entre les désordres que produisent les épanchements de sang dans certaines parties du cerveau et les phénomènes de la maladie; mais on reconnaît bientôt, quand on soumet à une analyse quelque peu rigoureuse toutes ces observations, qu'elles ne peuvent être presque d'aucune utilité. La plupart de ceux qui ont écrit sur les maladies cérébrales n'ont tenu aucun compte de l'anatomie du cerveau, des rapports de cet organe avec les nerfs, et de ceux des nerfs avec les surfaces sensibles et les organes moteurs. L'indication des désordres morbides n'est presque jamais bien précise. On a le plus souvent négligé de déterminer, par une attentive dissection, les limites des lésions par rapport aux faisceaux fibreux et aux noyaux et cordons médullaires qui entrent dans la structure du cerveau. Les symptômes de la maladie sont dans la plupart des cas indiqués avec une négligence et par des expressions vagues qui semblent appartenir encore à l'enfance de l'art. La détermination des rapports des lésions et des symptômes de la maladie éclairerait la pathologie de l'encéphale et la physiologie encore si imparfaite des fonctions cérébrales; mais comment l'établir avec des faits dans lesquels on confond comme des lésions identiques les foyers hémorrhagiques qui ont contourné le corps strié en l'énucléant en quelque sorte, ceux dans lesquels le corps strié se trouve seul intéressé, ceux qui se font dans l'intervalle du corps strié et de la couche optique, ou qui intéressent les fibres nerveuses qui proviennent des pyramides après avoir traversé la couche optique? Peut-on assimiler comme comparables des faits d'hémorrhagie de la couche optique à sa partie inférieure ou de la couche optique à sa partie supérieure, et considérer ainsi comme identiques dans leurs effets des foyers dont les uns compromettent des fibres venant des pyramides, et les autres affectent nécessairement en même temps ces fibres et des prolongements des faisceaux innominés? Comment établir quels sont les rapports des symptômes aux lésions avec des observations dans lesquelles on désigne, sans les distinguer, sous le nom de perte de la parole, les effets de l'anamnésie qui a fait oublier au malade la langue parlée et les résultats de la paralysie de la langue ou de la paralysie du larynx? Quelles conséquences tirer de faits dans lesquels on confond sous le nom de paralysie de la langue la paralysie des muscles moteurs de la langue et celle de ses muscles intrinsèques? Que conclure d'observations dans lesquelles on exprime par le mot vague de strabisme en dehors la paralysie des muscles oculo-moteurs communs et celle du muscle grand oblique de l'œil, et strabisme en dedans la double paralysie si commune dans les affections des pédoncules cérébraux qui frappe à la fois d'un côté sur la troisième paire et de l'autre sur la sixième paire de nerfs? Enfin, de quelle utilité peuvent être, pour arriver à reconnaître une connexion certaine de la lésion à ses effets, des observations dans lesquelles on a omis de constater les limites et l'étendue de l'anesthésie sur l'origine des membranes muqueuses comme sur la peau? etc., etc.

» La nécessité de ne tenir compte des observations de nos devanciers que pour établir quelques rapports généraux et quelques résultats plutôt négatifs que positifs, qui n'exigent qu'une précision peu rigoureuse, nous imposerait l'obligation d'entrer dans de longs développements qu'il faudrait justifier par de nombreuses observations que la nature de cet ouvrage nous oblige de passer sous silence. Nous nous bornerons à présenter les rapports des symptômes aux lésions que produisent les hémorrhagies cérébrales, les plus saillants, les plus faciles à déterminer, et que les faits cliniques les plus fréquents mettent à même de vérifier; nous ouvrirons ainsi une voie nouvelle dans laquelle il sera facile de nous dépasser.

» *Principes sur l'appréciation des phénomènes de l'apoplexie.* — Pour donner aux observations sur les symptômes des apoplexies une précision qui permette de les apprécier exactement et de déterminer leurs rapports avec les lésions cérébrales, il faut distinguer la paralysie et l'anesthésie, 1° selon qu'elles se lient à la suspension de l'influence des nerfs qui proviennent des faisceaux médullaires qui concourent à la

formation des pyramides et qui se prolongent dans la couche inférieure du mésocéphale, dans les pédoncules cérébraux, dans les couches optiques et jusqu'aux corps striés, 2° selon qu'elles consistent dans la suspension de l'influence des nerfs qui proviennent des cordons innominés, lesquels, nés au bulbe rachidien à la décussation des pyramides, se prolongent dans le mésocéphale dont ils forment la couche profonde, arrivent à la partie supérieure des pédoncules, dans la partie supérieure des couches optiques, aux corps genouillés et jusqu'aux corps striés, et concourent directement à produire les fibres qui rayonnent vers les circonvolutions supérieures des lobes cérébraux; 3° selon qu'elles résultent de la suspension des fonctions des nerfs qui proviennent des corps restiformes, lesquels se détachent aussi du bulbe rachidien au point de la décussation des pyramides, et se rendent au cervelet.

» *Principes sur les recherches à faire pour déterminer la valeur des lésions cérébrales.* — Il faut déterminer ensuite quelle est l'importance et quels sont les effets des lésions cérébrales constatées sur les cadavres pour la production des accidents. On doit rechercher à cet effet si la lésion cérébrale influence médiatement le nerf en compromettant un faisceau d'origine, ou immédiatement en intéressant le nerf lui-même dans ses racines, soit dans le tissu cérébral lui-même avant son point d'émergence, soit à son point d'émergence à la surface du cerveau, soit dans l'intervalle de ce point d'émergence aux orifices qui le conduisent hors de la boîte osseuse.

» *Division des épanchements cérébraux suivant leur siége immédiat.* — La division principale à établir entre les épanchements de sang, consiste à distinguer ces épanchements en ceux qui se font au centre ou dans l'axe des hémisphères, et en ceux qui se font vers la périphérie de ces organes.

» Les foyers hémorrhagiques qui occupent le centre ou l'axe des hémisphères cérébraux se trouvent dans les pédoncules du cerveau, dans les intervalles, à la surface ou au milieu des couches optiques et des corps striés. Ceux qui ont leur siége à la périphérie des hémisphères sont dans le plan supérieur des fibres de la grande commissure cérébrale de Vieussens, entre les lames fibreuses ou immédiatement dans le centre des circonvolutions, dans l'épaisseur de leur couche corticale ou dans leurs anfractuosités. Les foyers intermédiaires à ceux dont la position vient d'être déterminée participent, par leurs effets, des uns ou des autres à des degrés variables. Ils occupent les parties externes et supérieures des couches optiques et des corps striés, au-dessous du plan supérieur des fibres de la grande commissure de Vieussens.

» *Fréquence et rapports réciproques des diverses espèces d'épanchements.* — Les épanchements dans le centre des hémisphères sont très fréquents, les épanchements intermédiaires le sont aussi, peut-être même davantage ; mais les foyers périphériques sont rares. Les hémorrhagies centrales et intermédiaires sont souvent simples ; il n'est pas alors très difficile d'analyser toutes leurs circonstances. Les foyers périphériques sont fréquemment multiples, ils sont assez souvent liés à une infiltration étendue de sang dans la pie-mère qui fuse quelquefois jusque dans le ventricule latéral par la grande fente cérébrale dont le sang force l'orifice. Cette dernière condition, la coïncidence d'un foyer central et périphérique, ou la présence d'un foyer intermédiaire, sont les trois circonstances qui déterminent des effets croisés et mixtes qui participent de ceux des épanchements simples limités à l'une des régions indiquées.

» *Condition qui rend possible l'appréciation des effets des hémorrhagies cérébrales.* — Les apoplexies foudroyantes, les grands épanchements qui lacèrent une grande étendue du cerveau et qui agissent nécessairement sur un grand nombre des faisceaux nerveux d'une manière directe, et sur les parties contiguës d'une manière indirecte, produisent nécessairement des effets mixtes qui sont souvent si compliqués et si graves dans leur aspect que ce serait tenter l'impossible que de vouloir en démêler les éléments. Les rapports des lésions dont divers siéges viennent d'être déterminés, ne peuvent donc être établis que pour les hémorrhagies qui ont produit des désordres plus limités qui appartiennent spécialement aux paraplexies,

» *Symptômes des hémorrhagies centrales des hémisphères cérébraux.* — Les hémorrhagies centrales des hémisphères cérébraux déterminent des symptômes de paralysie et très souvent d'anesthésie. Ces symptômes ont constamment leur siége dans des parties du corps situées au-dessous du cou; ils occupent les membres ou la moitié du tronc du côté opposé à celui où se trouve la lésion cérébrale. Les quatre ou cinq faits que l'on cite toujours comme une exception à cette loi, qui porte sur des milliers d'observations toutes concordantes, ne supportent pas la discussion, ou s'appliquent à des lésions périphériques du cerveau (1), ou ont rapport à des symptômes qui affectent le système nerveux de la langue ou de la tête.

» *Caractères de l'hémiplégie symptomatique d'un foyer dans l'axe d'un hémisphère.* — Cette forme d'hémiplégie par hémorrhagie cérébrale est celle qui est le plus fréquemment observée; elle se caractérise par cette circonstance que les nerfs dont l'action est suspendue proviennent tous des faisceaux de la moelle situés au-dessous de la décussation des pyramides. Elle présente beaucoup de variétés d'abord, eu égard aux rapports d'intensité et d'étendue relatives de l'anesthésie avec la paralysie. Ses modifications les plus importantes sont dans les rapports de la paralysie dans les membres thoracique et abdominal; son siége le plus ordinaire est dans la moitié gauche du corps, car le siége le plus fréquent de l'hémorrhagie cérébrale est dans l'hémisphère droit (2).

» Cet etat morbide constitue la forme cardinale de toutes les hémorrhagies centrales d'un hémisphère; du moment qu'il se présente on peut être certain que du côté opposé, dans l'hémisphère cérébral, se trouve une lésion qui compromet, dans une étendue plus ou moins grande, les faisceaux nerveux qui proviennent de la pyramide, dans un point quelconque depuis leur origine jusqu'à leur terminaison dans le centre des lobes jusqu'au lobe antérieur.

» *Peut-on déterminer les modifications de l'hémiplégie d'après les limites et le siége précis du foyer central d'un hémisphère?* — Il est impossible de déterminer la cause des variations que présente cet état d'hémiplégie d'après le siége immédiat et l'étendue du foyer intra-cérébral; toutes ces variations portent sur l'étendue et la profondeur de la paralysie et de l'anesthésie, ou sur la manifestation plus prononcée d'une paralysie ou d'une anesthésie locale; l'observation les fait rencontrer également après des épanchements dans le centre du lobe antérieur, dans le centre du lobe moyen, autour et au centre du corps strié, dans l'intervalle du corps strié et de la couche optique; dans le centre, au-dessous ou au-dessus de la couche optique, derrière la couche optique et dans le pédoncule cérébral. Il est, en effet, impossible de suivre isolément dans ces parties tous les faisceaux fibreux qui proviennent des pyramides, l'on ne peut donc déterminer exactement les limites rigoureuses du foyer apoplectique, et quels sont ceux des faisceaux nerveux qui sont affectés par l'épanchement de sang et de quelle manière ils sont affectés, depuis une simple compression jusqu'au ramollissement par infiltration, jusqu'à la rupture. Quand on réfléchit à la fois à la texture des parties centrales des hémisphères cérébraux formées par l'intrication de fibres d'origine différente, qui viennent des pédoncules cérébraux, et aux modes inappréciables des lésions que doivent subir un nombre plus ou moins grand de ces fibres dans les épanchements de sang par rupture, par écartement, par compression, etc., on n'est plus surpris des modifications sans nombre en étendue et en intensité que présentent les symptômes; l'on s'étonne seulement qu'il se soit trouvé des médecins assez peu familiers avec la disposition anatomique des parties, et assez étrangers à toutes les circonstances de l'état morbide pour placer le siége immédiat de certains symptômes de l'hémiplégie dans le centre du lobule, dans le corps strié, dans la couche optique, etc.

(1) Voy. Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, deuxième édition, p. 136.

(2) De Haen dit que sur 10 cas il n'y avait d'hémiplégie à droite que dans un seul (*Rat. Med.*, part. III, cap VI, p. 244). Morgagni a remarqué que sur 15 cas il y avait 3 lésions hémorrhagiques cérébrales à gauche, 2 des deux côtés, et les autres à droite. Sur 42 cas que nous rassemblons au hasard nous trouvons 6 foyers à gauche, 5 des deux côtés, et 31 à droite.

» Le rapport des symptômes d'anesthésie et de paralysie à l'hémorrhagie accomplie dans le centre d'un hémisphère doit donc être envisagé indépendamment de leurs modifications en plus ou en moins. Considéré ainsi d'une manière générale, ce rapport fait voir que la lésion des fibres cérébrales qui proviennent des pyramides antérieures détermine la suspension de l'incitation nerveuse de haut en bas, c'est-à-dire de l'extrémité des fibres épanouies du cerveau vers leur origine à la racine du bulbe rachidien.

» *Modification de l'hémiplégie par l'extension de la paralysie et de l'anesthésie à la face.* — Prenant pour point de départ la forme d'hémiplégie la plus commune que nous venons d'indiquer, sa première modification la plus fréquente résulte de sa coïncidence avec l'anesthésie latérale correspondante de la face, de la muqueuse nasale, oculaire et buccale. La seule insensibilité de la conjonctive du côté de l'hémiplégie est le premier degré de cette anesthésie; au plus haut degré, elle s'étend à toutes les surfaces qui reçoivent leurs nerfs des branches ophthalmique et maxillaire supérieure du nerf de la cinquième paire du côté frappé d'hémiplégie. On est vivement frappé, quand on examine dans toutes leurs circonstances les symptômes de cette forme de l'hémiplégie, qui n'est rien moins que rare, de reconnaître que l'anesthésie et la paralysie épargnent les surfaces et les muscles qui reçoivent leurs filets du nerf maxillaire inférieur.

Lésion à laquelle se rattache l'hémiplégie étendue à la face. — Cette forme morbide se rattache aussi aux lésions centrales de l'hémisphère du côté opposé; dans ce cas, l'influence de la maladie a porté sur les nerfs ophthalmique et maxillaire supérieur, c'est-à-dire sur les nerfs qui proviennent de la grosse racine du nerf de la cinquième paire. Cette influence de l'épanchement sanguin ne peut arriver à cette racine du trifacial que par l'intermédiaire du faisceau pyramidal qui subit la décussation, puisqu'elle s'exprime sur le côté opposé. Si la grosse racine de la cinquième paire naît des fibres postérieures de la moelle immédiatement au-dessous de la décussation, l'influence qui lui est transmise par le faisceau pyramidal qui va au côté opposé n'est qu'un phénomène semblable à celui de la transmission aux nerfs des membres par ce même faisceau pyramidal; mais si cette grosse racine naît du faisceau innominé, c'est un phénomène qui indique que l'influence de la lésion morbide arrivée au-delà de l'entrecroisement passe par le faisceau innominé aux nerfs qui en naissent. Ce phénomène serait alors de même ordre que celui de la transmission aux autres nerfs de ce faisceau dont il sera bientôt question.

» *Délimitation de l'anesthésie faciale par l'influence du ganglion sphéno-palatin.* — La modification la plus remarquable que nous ait présentée la paralysie des deux branches supérieures du trifacial est l'anesthésie limitée à la moitié de la face opposée au siége de l'épanchement, ne s'étendant point sur la muqueuse nasale ni sur la muqueuse palatine. Cette modification, qui n'est pas très rare, indique que les nerfs qui sont fournis par le ganglion sphéno-palatin ne sont pas nécessairement entraînés dans la suspension d'action qui frappe la branche maxillaire supérieure.

» *Limites de l'extension de la paralysie aux muscles extrinsèques de la langue.* — La déviation ou plutôt l'inclinaison de la langue sortie de la bouche du côté paralysé se rapporte à la suspension d'action du nerf grand hypoglosse du côté paralysé, car l'incitation nerveuse a cessé sur les muscles auxquels se distribue ce nerf. Nous avons plusieurs fois constaté sur des hémiplégiques intelligents, en leur faisant exécuter successivement les mouvements isolés des divers muscles du cou, que les muscles omoplat-hyoïdien, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien ne participent pas à la paralysie des muscles élévateurs de la base de la langue. Cette circonstance s'explique par l'origine spéciale des nerfs de ces muscles abaisseurs de la base de la langue, de l'arcade anastomotique que forme le rameau descendant du plexus cervical avec la branche descendante de l'hypoglosse. Les muscles omoplat-hyoïdien, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien conservant leur action du côté paralysé, retiennent en bas la moitié de la base de la langue que ne soulèvent plus ses muscles élévateurs de ce côté. Il est remarquable que la langue, malgré la paralysie des muscles

extrinsèques qui sortent de la bouche, conserve les mouvements d'élévation de sa base dans la déglutition des deux côtés; mais ces mouvements sont dus aux muscles digastrique, stylo-pharyngien et stylo-hyoïdien qui reçoivent l'incitation nerveuse du glosso-pharyngien.

» *Comment l'influence morbide est transmise au nerf hypoglosse.* — Le nerf grand hypoglosse, dans le cas qui nous occupe, reçoit l'influence morbide, soit immédiatement par le cordon pyramidal qui vient du côté opposé, soit médiatement de ce même cordon, et de l'olive qui est directement en rapport avec lui. L'incertitude sur ce point vient de celle qui existe sur l'origine des racines de ce nerf qui suivent exactement le sillon de jonction de l'olive et de la pyramide.

» *Difficulté d'analyser et d'expliquer les symptômes qui proviennent de la lésion fonctionnelle des nerfs pneumo-gastrique, glosso-pharyngien et spinal.* — L'observation clinique, plus encore que les contradictions des anatomistes, est loin de dissiper la confusion qui règne encore sur les connexions des trois nerfs glosso-pharyngien, spinal et pneumo-gastrique entre eux et avec les surfaces pharyngo-laryngiennes et les muscles pharyngiens et accessoires du pharynx et laryngés. On voit des hémiplégiques qui ont perdu la voix et la possibilité d'articuler; nous avons toujours trouvé dans ces cas une anesthésie qui commence à la base de la langue et s'étend sur le pharynx et sur le larynx. La facilité de la déglutition dans ces cas ne nous permet pas de regarder l'affection comme portant sur la totalité du glosso-pharyngien, et la perte de la voix et de la sensibilité de la muqueuse autour de l'épiglotte et sur les bords de la glotte ne laissent pas de doute que l'affection n'ait porté sur le nerf pneumo-gastrique. Chez d'autres hémiplégiques, la sensibilité de la muqueuse gutturale, pharyngienne et épiglottique, est perdue avec la faculté d'avaler, et cependant la voix est conservée; l'affection porte, comme dans ce cas, sur le glosso-pharyngien par la paralysie pharyngienne, et sur le nerf pneumo-gastrique par la sensibilité pharyngienne et laryngée, etc. Cette confusion des symptômes nous force, pour éviter l'erreur, à considérer leur présence comme indiquant que la maladie cérébrale a affecté à un degré plus ou moins prononcé l'origine de ces nerfs, sans entreprendre de déterminer quelles différences existent quant au degré auquel chacun d'eux a participé à la maladie. Le siége latéral de l'anesthésie, la contraction facile à constater des muscles digastrique, stylo-pharyngien et stylo-hyoïdien se faisant d'un seul côté dans la déglutition d'où résulte une élévation latérale de l'os hyoïde et de la base de la langue, ne laissent pas de doute que l'anesthésie et la paralysie ne portent sur le côté opposé au siége de l'épanchement dans le cerveau.

» L'origine du nerf spinal, des faisceaux postérieurs de la moelle au-dessous de la décussation et au milieu de fibres qui viennent prendre part à cette décussation explique le siége des symptômes opposé au siége du mal; car dans ces cas, si les muscles sterno-mastoïdien et trapèze sont paralysés, ils le sont du côté opposé au siége de l'épanchement cérébral. L'origine des nerfs pneumo-gastrique et glosso-pharyngien au corps restiforme prouve que l'influence des lésions morbides, arrivant par les fibres qui subissent la décussation au corps restiforme, remonte dans ce corps, qui n'est autre chose de chaque côté que le prolongement des fibres les plus postérieures du cordon rachidien qui se rendent en s'écartant au cervelet.

» *De la paralysie latérale de la face chez les hémiplégiques.* — La paralysie des muscles de la moitié de la face coïncide assez souvent avec l'hémiplégie occupant les membres d'un côté; elle a aussi son siége, dans ces cas, dans le côté opposé au siége de l'épanchement dans le centre d'un hémisphère; elle occupe tous les muscles qui reçoivent des filets nerveux du nerf facial. C'est dans cette hémiplégie que l'on voit la bouche déviée, sa commissure étant entraînée en dehors du côté opposé à la paralysie par l'action des muscles de la moitié de la face non paralysée. Au plus léger degré de la paralysie du nerf facial on n'observe qu'une légère déviation de la bouche et l'immobilité d'une aile du nez, quand on fait inspirer le malade par le nez. Au plus haut degré, les paupières de l'œil du côté paralysé ne peuvent plus être rapprochées: la salive et les boissons s'écoulent

par la commissure des lèvres relâchées. C'est au relâchement du labial et des muscles des joues du côté affecté, dans l'hémiplégie faciale, qu'il faut attribuer le boursouflement de la joue du côté paralysé quand le malade retient dans sa bouche l'air expiré ; des observations superficielles font attribuer cette circonstance à la paralysie du buccinateur qui n'existe réellement pas alors, comme on le voit quand on fait manger le malade.

» *Comment la paralysie affecte le nerf facial.* — Le nerf facial naît du faisceau innominé ; on l'a à tort fait provenir du corps restiforme. Qu'il ait l'une ou l'autre origine, la paralysie de ce nerf, dans les épanchements de sang qui se font au centre d'un hémisphère, occupant le côté opposé à cet hémisphère, prouve que l'influence de la lésion arrivée par l'entrecroisement des pyramides remonte dans le faisceau innominé ou dans le corps restiforme.

» *Causes générales des variations en plus ou en moins des symptômes des épanchements dans le centre des hémisphères.* — Les différentes formes d'hémiplégie et d'anesthésie dont nous venons de parler sont les seules qui s'observent dans les épanchements de sang dans le centre des hémisphères qui ne doivent pas aux différentes circonstances de leur étendue et de leur position d'affecter à leur point d'émergence des nerfs du même côté que celui qu'ils occupent, ou de porter en même temps sur les faisceaux innominés prolongés dans le cerveau. Ces formes d'hémiplégie, dans lesquelles on n'observe pas la paralysie croisée, présentent pour les phénomènes paralytiques et anesthésiques à la face et sur les muscles moteurs de la langue, des différences en plus ou en moins, comme les différences que présentent l'hémiplégie et l'anesthésie du tronc et des membres, ces différences résultent nécessairement des différences des conditions variables de la lésion cérébrale qu'il est aussi impossible de déterminer avec une grande exactitude.

» *Conséquence générale des faits sur les hémiplégies par suite des épanchements de sang dans le centre des hémisphères.* — Les faits desquels découlent les conséquences qui viennent d'être exposées sont des plus ordinaires ; ils établissent cette loi que le bulbe rachidien, au point de décussation des pyramides, est un centre nerveux auquel l'influence cérébrale arrive par les fibres qui se prolongent jusqu'aux centres des lobes cérébraux. Cette influence se continue en descendant dans le cordon médullaire correspondant et dans les nerfs qui en viennent, et en remontant dans le faisceau innominé et dans le corps restiforme correspondant, pour s'arrêter dans ces sens à la protubérance annulaire. Dans les formes morbides que nous venons d'analyser la paralysie n'arrive jamais, en effet, dans les nerfs qui naissent au-dessus de la protubérance annulaire.

» *Rapports de la paralysie croisée avec les lésions cérébrales établis par une observation clinique.* — L'observation suivante, fournissant un exemple tranché de paralysie croisée, nous épargnera de longs détails.

» Hubert, âgé de soixante-huit ans, se réveilla le matin hémiplégique du côté gauche ; il fut apporté le lendemain à l'hôpital. Nous constatâmes chez lui une paralysie avec anesthésie du bras gauche. La jambe était incomplétement paralysée ; les téguments avaient conservé leur sensibilité ; les muscles de la face du côté gauche étaient paralysés, la bouche était déviée à droite, la face était insensible sur toute son étendue. La muqueuse des fosses nasales était insensible ainsi que les conjonctives ; la langue ne pouvait être sortie de la bouche. Le buccinateur du côté droit, les muscles masséter, temporal et ptérygoïdiens de ce côté, ne se contractaient plus ; il en résultait, quand le malade fermait la bouche et quand on lui faisait serrer entre les dents un corps dur, une obliquité remarquable de la mâchoire qui n'obéissait qu'à ses muscles moteurs du côté gauche. La paupière de l'œil droit était abaissée, le malade ne pouvait l'élever ; mais il la fermait facilement quand on l'avait écartée. L'œil droit était immobile et porté en dehors ; la vue était conservée. La muqueuse linguale et bucco-pharyngienne était insensible, et la perception des saveurs paraissait éteinte. La déglutition s'accomplissait difficilement, il semblait que les aliments et les boissons tombaient dans un vase inerte. La parole était libre,

le malade répondait lentement aux questions qu'on lui adressait; il était dans un état d'accablement considérable. La respiration était haute et paraissait se faire avec effort. Les urines étaient retenues dans la vessie. Cet homme mourut dans le cours du quatrième jour. Nous trouvâmes à l'ouverture de son cadavre un foyer hémorrhagique qui n'avait pas moins de deux pouces de largeur sur plus d'un pouce de diamètre; ce foyer occupait le centre de la couche optique droite, il s'étendait dans le pédoncule cérébral de ce côté jusqu'à la protubérance annulaire où il s'arrêtait. Cet épanchement avait rompu le tissu cérébral du pédoncule à sa partie interne et supérieure, en sorte que le caillot qui le remplissait venait jusques auprès du corps genouillé qui n'était pas intéressé. Le pédoncule avait pris, par suite de la présence de ce foyer dans son centre, une forme sphérique. En suivant par la dissection le plan fibreux supérieur du mésocéphale, nous l'avons vu se perdre dans le foyer par la formation duquel ses fibres étaient compromises.

» La paralysie et l'anesthésie chez cet homme portant sur le côté gauche du corps, lorsqu'il existait un épanchement apoplectique dans la couche optique droite, sa maladie ne nous présenta rien que de semblable à ce que l'observation clinique met journellement dans le cas de vérifier. Mais l'insensibilité de la face des deux côtés montrait que le nerf trifacial avait subi des deux côtés l'influence de la maladie, tandis que le nerf facial du côté opposé à l'épanchement était seul affecté. La langue ne pouvait être sortie de la bouche, les nerfs hypoglosses étaient donc paralysés des deux côtés; la paupière de l'œil droit abaissée, l'œil droit immobile, porté en dehors et n'obéissant plus qu'au muscle droit externe, indiquaient la paralysie du nerf oculo-moteur commun du côté droit, c'est-à-dire du côté de l'épanchement. Il existait donc chez ce malade une paralysie croisée par une lésion latérale. Il y avait donc à la fois paralysie du côté opposé à la maladie et paralysie du même côté. Les conditions de la lésion cérébrale étaient d'accord avec ces symptômes.

» La paralysie du nerf oculo-moteur commun du côté malade était le résultat du siége de la maladie dans le pédoncule cérébral de ce côté, où il intéressait directement l'origine de ce nerf. Le nerf de la sixième paire du même côté naissant sur la protubérance annulaire, et appartenant d'ailleurs à un autre cordon nerveux d'origine, n'était point affecté; c'est pourquoi l'œil obéissait uniquement à l'action du muscle droit externe qui l'entraînait en dehors.

» La paralysie des nerfs trifacial et grand hypoglosse du même côté que l'épanchement ne peut s'expliquer de la même manière, car le foyer apoplectique n'intéressait directement ces nerfs ni dans leur trajet ni à leur origine; mais ce foyer intéressait avec les fibres qui forment le prolongement de la pyramide les fibres qui viennent du faisceau innominé, lesquelles occupent principalement la partie supérieure des pédoncules, et peuvent être suivies en se disséminant jusque dans la couche optique et même dans le corps strié à leur partie la plus élevée. C'est évidemment à l'affection de ces fibres qu'il faut attribuer la paralysie des nerfs trifacial et grand hypoglosse du côté malade. L'origine des fibres de ce dernier nerf à l'olive le met en rapport immédiatement avec le faisceau innominé, et s'il prend naissance au bord interne de la pyramide correspondante, comme le pensent d'autres anatomistes, le corps olivaire et les fibres d'origine du faisceau innominé se trouvent aussi implantés au même point, et l'action de la lésion sur les racines du nerf par l'intermédiaire du cordon innominé se conçoit encore dans ce cas (1).

» La paralysie du nerf trifacial du côté de la lésion cérébrale portait à la fois sur la petite et sur la grosse racine de ce nerf, car de ce côté les muscles moteurs de la mâchoire étaient paralysés en même temps que la sensibilité de la face était perdue. La petite racine pouvait bien être atteinte par les limites postérieures du foyer qui

(1) La paralysie du grand hypoglosse du côté de la lésion et du côté opposé en même temps n'est rien moins que rare : c'est à elle qu'est due l'impossibilité, chez les apoplectiques, de sortir la langue de la bouche, que presque tous les auteurs ont signalée, à la vérité, sans s'apercevoir que c'était un exemple de paralysie portant à la fois sur le côté opposé et sur le côté correspondant à la lésion cérébrale.

s'approchaient de la protubérance. Quant à la grosse racine, elle était affectée comme les racines du nerf hypoglosse par l'intermédiaire du cordon innominé. Le nerf trifacial du côté opposé n'était paralysé que dans ses deux cordons supérieurs, les seuls qui proviennent de la grosse racine, la seule qui puisse être influencée par l'intermédiaire des pyramides.

« *Causes des paralysies des nerfs de l'œil tantôt du côté de la lésion, tantôt du côté opposé.* — On voit par cette observation que les nerfs de l'œil, qui prennent naissance au-dessus de la protubérance annulaire, subissent l'influence des lésions cérébrales situées du même côté qu'eux à des degrés divers qui sont déterminés par le siége de la lésion, affectant soit les fibres qui appartiennent au faisceau innominé qui leur donne naissance, soit directement l'origine de ces fibres. Dans ces cas, l'œil reste sous l'influence des nerfs que cet organe reçoit d'au-delà de la protubérance, c'est-à-dire de la sixième paire (1).

» Les nerfs optiques qui proviennent des faisceaux innominés par l'intermédiaire des tubercules quadrijumaux et des corps genouillés externes, qui appartiennent eux-mêmes à la portion des couches optiques où se rendent les fibres des faisceaux innominés, seraient très probablement lésés dans leurs fonctions par des épanchements de sang qui compromettraient ces parties ou qui agiraient directement sur les cordons optiques. N'ayant point encore rencontré cette lésion, nous n'en pouvons point parler: si elle se présentait, il faudrait, pour en apprécier toutes les circonstances, ne pas perdre de vue l'existence du chiasma sur le trajet de ces nerfs.

» *Comment la petite racine du trifacial est intéressée dans les lésions cérébrales.* — La petite racine du nerf trifacial est immédiatement influencée par la lésion cérébrale du même côté qu'elle, quand la maladie porte sur le faisceau innominé et quand elle s'étend à son point d'émergence de la protubérance. Elle ne participe point à l'influence que ce nerf éprouve par l'intermédiaire des pyramides, laquelle se montre toujours du côté opposé à la lésion cérébrale, parce qu'elle est limitée aux fibres nerveuses qui viennent de la grande racine du trifacial qui provient du bulbe rachidien.

» *Mode d'action des foyers intermédiaires pour la production de leurs symptômes.* — Le fait que nous venons de rapporter et les considérations qu'il nous a conduit à présenter montrent comment agissent, dans la production des symptômes qu'ils déterminent, les foyers intermédiaires dans les hémisphères cérébraux. La lésion des fonctions nerveuses est toujours du côté opposé à la lésion cérébrale dans tous les nerfs qui viennent des pyramides ou des cordons infra-pyramidaux et dans tous les nerfs qui viennent des faisceaux innominés ou des corps restiformes, quand la lésion frappant sur les fibres qui viennent des pyramides est introduite par l'intermédiaire de ces fibres. La lésion se montre en même temps du même côté que l'affection cérébrale dans tous les nerfs qui viennent des faisceaux innominés, et qui naissent, par conséquent, au-dessus des pyramides, si la maladie s'étend jusqu'à l'origine de ces nerfs ou si elle affecte les fibres qui proviennent des faisceaux innominés. Ces nerfs n'appartiennent qu'à la face et aux organes qui y sont situés. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. I, p. 511.)

M. Gendrin ajoute encore que dans les cas rares où l'on observe une paralysie ou une anesthésie seule d'un côté de la face, cette paralysie a sa cause dans l'altération des couches périphériques de l'hémisphère du côté paralysé. Si l'on n'a pas mieux constaté ce fait jusqu'ici, c'est, selon M. Gendrin, que les épanchements limités aux couches périphériques du cerveau sont rares, et qu'on n'a pas bien cherché à se rendre compte, dans les cas compliqués, de l'influence de chaque partie de la lésion.

Les vues de M. Gendrin, bien qu'elles ne soient pas encore généralement adoptées, sont cependant des plus ingénieuses, et elles méritent certainement de provoquer des observations plus précises qu'on ne les a encore faites ; ce n'est que lorsque ces

(1) On trouve dans les diverses origines des nerfs de l'œil et dans leurs rapports avec les points de décussation des fibres cérébrales, l'explication facile de tous les mouvements des yeux qui se lient à l'accomplissement de la vision. On se rend compte ainsi de la connexion de ces mouvements qui supposent une action nerveuse tantôt opposée, tantôt synergique dans l'un et l'autre il.

observations auront été recueillies que l'on pourra accepter ou repousser définitivement les explications de M. Gendrin.

2° *Lésions de la sensibilité.* — Ces lésions, quant à la cause dont elles dépendent, quant aux théories dont elles peuvent être l'objet, rentrent absolument dans la même catégorie que les précédentes; elles diffèrent seulement de celles-ci par leur moindre constance, par conséquent par une importance moindre aussi; nous nous y arrêterons donc beaucoup moins longtemps. Nous nous contenterons de rapporter ce que dit M. Andral, qui a résumé exactement l'état de la science, tout en analysant ses propres observations sur ces lésions, suivant qu'elles affectent la peau, les muqueuses, les organes des sens ou l'encéphale lui-même.

« *Lésions de la sensibilité cutanée.* — Elles doivent être étudiées à deux époques: avant que n'ait eu lieu l'hémorrhagie, et après qu'elle s'est accomplie.

» Avant le moment où survient l'hémorrhagie, beaucoup d'individus n'éprouvent rien de particulier vers la périphérie cutanée; mais chez d'autres il n'en est point ainsi. La pulpe des doigts devient le siége de sensations diverses; plusieurs malades se plaignent d'éprouver, dans cette partie, un refroidissement singulier, une sorte d'engourdissement semblable à celui qui se fait ressentir lorsqu'on a plongé la main dans l'eau glacée. D'autres individus accusent, vers l'extrémité des doigts, des picotements ou des fourmillements incommodes; à d'autres, enfin, il semble qu'une étoffe est interposée entre la peau de leurs doigts et le corps qu'ils veulent toucher, tant leur sensibilité s'est émoussée.

» Ces sensations diverses peuvent être bornées aux mains; elles peuvent s'étendre aux pieds; elles peuvent aussi se montrer en d'autres points, soit des membres, soit même de la face ou du tronc. Nous avons recueilli l'observation d'un homme qui, plusieurs mois avant d'être frappé d'apoplexie, éprouvait, de temps en temps, une perte absolue de sentiment dans quelques points isolés de la peau du thorax. Chacun de ces points, qui étaient au nombre de cinq à six, aurait pu admettre une pièce de cinq francs environ. Là, on pouvait pincer fortement la peau, sans que le malade parût ressentir la moindre douleur, hors de ces points la sensibilité était intacte, et elle reparaissait brusquement dans toute son intégrité. Ces abolitions partielles de la sensibilité n'existaient pas d'ailleurs constamment; il y avait des jours où nulle part la sensibilité ne présentait la moindre diminution; puis, tout à coup, elle était anéantie dans les points que nous indiquions tout à l'heure. Un autre malade, sorti de l'hôpital de la Pitié, après y avoir été traité par nous d'un érysipèle intense, qui avait eu pour siége principal la partie gauche de la face, du crâne, du cou et du dos, y rentra, au bout de deux mois, avec une perte complète de la sensibilité des diverses parties de la peau où avait résidé l'érysipèle. Ainsi, la peau de la face du côté gauche, celle du cuir chevelu du même côté, et celle du cou et de la nuque à partir de la ligne médiane jusqu'au niveau du moignon de l'épaule, avaient perdu tout sentiment. De ce même côté, l'ouïe, la vue, l'odorat et le goût, avaient aussi presque complétement disparu. La motilité des parties devenues insensibles n'avait pas subi la moindre altération. Ce malade éprouvait, depuis six semaines, des étourdissements presque continuels, et c'était à peu près depuis la même époque qu'il avait commencé à perdre la sensibilité dans toute la portion de la peau frappée naguère d'érysipèle. N'y avait-il pas eu, dans ce cas, affection spéciale de la cinquième paire de nerfs?

» Les perversions de la sensibilité cutanée qui précèdent l'attaque d'apoplexie peuvent se montrer toujours dans le même point, ou en affecter plusieurs tour à tour; elles peuvent se manifester dans les deux côtés du corps à la fois ou se borner à un seul, et dans ce dernier cas le côté du corps où on les observe sera ordinairement celui qui plus tard deviendra paralysé.

» Rien de plus variable que la durée du temps qui peut s'écouler entre le moment où la sensibilité commence à se léser et celui où arrive l'attaque d'apoplexie. Chez plusieurs individus nous n'avons vu la sensibilité se modifier que peu de jours avant l'apparition des symptômes de l'hémorrhagie cérébrale. Chez d'autres, les engourdissements, les fourmillements des mem-

bres se sont montrés quelques années avant l'invasion de l'hémorrhagie. Un cas bien remarquable sous ce rapport est le suivant :

» Une femme entra à la Pitié avec une hémiplégie du côté droit. Cette hémiplégie existait chez elle depuis trois mois; elle était survenue subitement, accompagnée des symptômes ordinaires d'une attaque d'apoplexie. La malade, âgée de cinquante-trois ans à l'époque de son entrée dans nos salles, avait commencé à éprouver, dès l'âge de dix-sept ans, peu de temps après sa première menstruation, une sensation de fourmillement dans la main droite. Ce fourmillement ne se montra d'abord qu'à d'assez longs intervalles; puis il devint continu et s'accompagna alors d'un fourmillement semblable dans le pied et dans la jambe du même côté. Cette femme ne fut d'ailleurs que très peu sujette et à la céphalalgie et aux étourdissements jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans où elle fut, pour la première fois, frappée d'apoplexie.

» Suivons maintenant les modifications que peut subir la sensibilité cutanée après qu'est survenue l'hémorrhagie cérébrale.

» L'abolition de la sensibilité n'accompagne pas toujours la perte du mouvement. Lorsqu'elle a lieu, c'est ordinairement dans les parties dont la motilité a été modifiée qu'elle a son siége. Nous avons vu cependant quelques cas dans lesquels il n'en était point ainsi. Chez un homme, par exemple, entré à l'hôpital de la Pitié dans le courant de l'année 1831, voici ce que nous observâmes :

» Cet individu, âgé de soixante ans environ, après avoir éprouvé longtemps une douleur de tête qui avait son siége principal dans la partie latérale antérieure droite du crâne, perdit tout à coup la faculté de voir du même côté où existait la céphalalgie, et en même temps la pupille de l'œil droit se contracta d'une manière singulière. Pendant six semaines environ l'œil droit resta ainsi privé de la vision sans qu'aucun autre phénomène se manifestât. Mais au bout de ce temps, le côté droit de la face perdit toute sensibilité, sans que d'abord ses mouvements fussent en aucune façon modifiés. Pendant quinze à vingt jours, la sensibilité resta ainsi perdue dans le côté droit de la face, puis le membre thoracique du côté gauche devint notablement plus faible que l'autre, sans que dans ce membre la sensibilité cutanée fût modifiée, et à peu près à la même époque les muscles de côté droit de la face commencèrent à se paralyser, et la bouche fut légèrement entraînée du côté opposé. Il n'y eut jamais d'ailleurs dans ce cas la moindre perte de connaissance.

» Nous ne discuterons point ici quelle fut la lésion qui, chez l'individu dont nous venons de rappeler l'histoire, donna lieu à cette double modification de la sensibilité et de la motilité; nous n'avons rapporté ce cas que pour faire ressortir cette singulière circonstance d'une perte de sensibilité à droite et de motilité à gauche. Dans ce cas existe encore une autre particularité : c'est que la paralysie du mouvement survint dans le côté gauche de la face, c'est-à-dire dans le côté opposé à celui du membre paralysé. Or cette circonstance fonde une exception remarquable à la loi que nous avons précédemment posée.

» A mesure qu'on s'éloigne du moment où a lieu l'attaque d'apoplexie, la sensibilité cutanée reparaît, et le plus ordinairement on la trouve à peu près complétement rétablie à une époque où la paralysie du mouvement est encore toute entière. Toutefois, les doigts restent souvent engourdis et froids; mais cela peut dépendre en grande partie de ce que la privation du mouvement doit rendre languissante la circulation capillaire.

Lésions de la sensibilité des membranes muqueuses. — » Dans les cas mêmes où la vue est perdue, on détermine le rapprochement des paupières en touchant avec le doigt la membrane conjonctive. Il est toutefois quelques cas dans lesquels cette membrane devient assez insensible pour qu'on puisse promener hardiment l'extrémité du doigt sur toute la surface antérieure du globe oculaire, sans que les paupières se rapprochent, sans que les malades témoignent le moindre signe de douleur, et cela à une époque où, dans d'autres parties, une assez vive sensibilité existe encore.

» Une de nos observations nous a fourni un exemple remarquable de ce genre. Cette insensibilité de la conjonctive est pareille à celle qu'on produit à volonté sur les animaux en pratiquant sur eux la section de

la cinquième paire de nerfs. Cette paire était intacte chez le sujet dont nous avons rapporté l'observation. Tout ce qui existait chez lui, c'était un épanchement de sang qui ne différait ni par sa nature, ni par son siége d'autres épanchements qui ne donnèrent lieu à aucune modification dans la sensibilité de la conjonctive.

» En portant alternativement la barbe d'une plume dans l'une et l'autre narine, nous avons constaté chez quelques apoplectiques une diminution notable de la faculté tactile sur l'une des moitiés de la membrane muqueuse des fosses nasales. Quelques autres nous ont dit qu'en portant alternativement leurs aliments dans l'un et l'autre côté de la bouche, il y en avait un dans lequel ils sentaient beaucoup moins distinctement le contact de la masse alimentaire avec la membrane muqueuse buccale. Nous avons particulièrement constaté cette diminution de sensibilité d'un des côtés de la bouche et d'une des narines chez un individu dont tout le côté correspondant de la face était aussi privé de sensibilité, tandis que la motilité y était restée intacte; nulle part ailleurs elle n'était non plus altérée; de ce même côté, la vue et l'ouïe étaient également beaucoup plus faibles que du côté opposé.

» Ces diverses modifications de la sensibilité paraissent annoncer qu'il y a des cas où l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux, quel que soit son siége, exerce une influence sur la cinquième paire de nerfs. »

Lésions des fonctions des organes des sens. — « Dans un grand nombre de cas la vision n'est point modifiée. Lorsqu'elle est troublée, elle peut l'être, soit avant que l'hémorrhagie ait eu lieu, soit au moment même où elle s'accomplit, soit à sa suite.

» Avant l'hémorrhagie, plusieurs individus éprouvent du côté de la vue des sensations bizarres, de véritables hallucinations. Chez les uns, tous les objets paraissent colorés en rouge; il semble à d'autres qu'une ligne rouge borde tous les corps; c'est une sensation semblable à celle qu'on éprouve lorsque les yeux ont été pendant quelque temps exposés à l'impression d'une vive lumière. Il y a des individus qui ne peuvent pas fixer un objet sans le voir parsemé de points rouges ou noirs; d'autres ont un brouillard continuel interposé entre la vue et les corps qu'ils regardent. Quelques uns sont tourmentés par des apparences de mouches qui, à ce qu'il leur semble, voltigent sans cesse devant leurs yeux.

» Du reste, il ne faudrait pas croire que ces diverses hallucinations de la vue conduisent nécessairement à une hémorrhagie cérébrale. Nous avons eu occasion d'observer un homme qui, pendant plusieurs années, fut continuellement tourmenté par la vue toute fantastique de petits corps de forme et de couleur diverses qui voltigeaient devant ses yeux; s'il voulait fixer un objet, il le voyait parsemé d'une foule de points noirs. Cette hallucination, qui était permanente chez lui, s'opposait à ce qu'il pût lire ou écrire; il n'avait d'ailleurs ni étourdissements, ni vertiges, ni céphalalgie; les conjonctives étaient habituellement rouges, et il ne pouvait pas supporter, sans beaucoup souffrir, l'éclat d'une lumière un peu vive. Peu à peu la vue a repris son intégrité, sans qu'aucun autre accident se soit jamais montré du côté du cerveau.

» Nous avons connu un homme qui, à la suite de fortes commotions morales, crut voir constamment, pendant près de trois mois, un petit corps qui vacillait sans cesse au-devant de son œil droit. L'inspection de cet œil n'y découvrait aucune altération. Pendant la durée de cette hallucination, et depuis qu'elle a disparu, cette personne n'a jamais éprouvé aucun accident du côté du cerveau.

» La diplopie a été quelquefois observée un certain temps avant que survînt l'attaque d'apoplexie.

» D'autres individus ont été tout à coup frappés de cécité, et la perte de la vue a été chez eux le principal prodrome de l'hémorrhagie cérébrale. Nous avons vu un serrurier mécanicien qui, après avoir eu une huitaine de jours des étourdissements assez violents, perdit brusquement la vue du jour au lendemain. Après être ainsi resté aveugle pendant une quinzaine de jours, il tomba tout à coup privé de connaissance et paralysé du côté droit; la connaissance revint bientôt. L'hémiplégie persista; mais, chose remarquable, quelque temps après son attaque, cet homme

commença à recouvrer la vue, qui, toutefois, resta très faible chez lui. Nous avons vu un autre individu chez lequel, pendant le mois qui précéda son attaque, la vue se perdit complétement à trois reprises; tout à coup il devenait aveugle; cette cécité durait quarante-huit à cinquante heures, puis il recouvrait la faculté de voir.

» Enfin, on a observé des sujets chez lesquels, plus ou moins longtemps avant leur attaque, la vue acquérait une finesse inaccoutumée.

» Tels sont les principaux phénomènes qui se montrent souvent du côté de la vision plus ou moins longtemps avant le moment où survient l'hémorrhagie. Leur existence prouve incontestablement qu'avant que le sang s'épanche, il y a déjà dans le cerveau un travail morbide soit continuel, soit intermittent, dont la nature serait bien importante à déterminer d'une manière précise.

» Une fois l'hémorrhagie survenue, la vue peut rester intacte; mais elle peut aussi se perdre. Tantôt elle est abolie des deux côtés; cela a lieu dans les cas d'apoplexie forte, lorsque l'hémorrhagie s'est faite dans une grande étendue; tantôt, au contraire, la faculté de voir ne disparaît que d'un seul côté. Mais ici deux cas différents ont été observés : dans l'un de ces cas, la vision se perd du côté où existe la paralysie des membres; dans l'autre cas, le malade ne voit pas de l'œil du côté opposé au côté du corps paralysé.

» Nous avons recherché jusqu'à quel point l'hémorrhagie affectait un siége spécial, dans les cas où, à sa suite, la vue restait atteinte, et ce siége, nous n'avons pas pu le découvrir. Nous pourrions citer ici des observations qui nous sont propres, ou que nous emprunterions à divers auteurs, dans lesquelles nous trouverions diverses altérations de la vue, bien que les points les plus différents des hémisphères fussent atteints. Nous n'admettons donc pas avec M. Serres que la vue ne se perd que lorsque l'hémorrhagie a son siége dans les couches optiques, au niveau de la commissure : nous verrons plus bas que les lésions du cervelet s'accompagnent souvent aussi de divers troubles de la vue, et en particulier d'amaurose. En face de tant de faits qui nous montrent sans cesse, dans les altérations du cerveau, les siéges les plus divers, pour expliquer le trouble d'une même fonction, nierons-nous que certaines parties de l'encéphale sont spécialement destinées à l'accomplissement de certains actes? Nous n'en aurions pas le droit; car il est vraisemblable que certains points du cerveau ont entre eux un rapport tel que la lésion de tel d'entre eux va spécialement retentir sur tel autre; et ce pourra être l'altération secondaire de celui-ci, inappréciable par le scalpel, qui produira la spécialité du désordre fonctionnel.

» Le sens de l'ouïe peut présenter avant, pendant et après l'hémorrhagie cérébrale, les mêmes modifications que le sens de la vue. Avant l'hémorrhagie, il est des individus qui sont tourmentés de bourdonnements d'oreilles, de tintements continuels ou intermittents. Plusieurs croient entendre les bruits les plus étranges. Ces hallucinations sont loin, toutefois, d'être le prélude constant d'une attaque d'apoplexie; elles peuvent se lier à de simples perversions de la sensibilité, et n'avoir aucun rapport avec une congestion cérébrale.

» Nous n'avons aucune remarque particulière à faire sur les modifications qu'apporte dans les sens du goût et de l'odorat l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux.» (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 367.)

Lésions de la sensibilité ayant leur siége dans l'encéphale lui-même. — On a rapporté à ces lésions la céphalalgie, les étourdissements, les vertiges qu'éprouvent quelques malades soit avant, soit après l'attaque; mais ces symptômes manquent souvent, et lorsqu'ils existent, il est le plus ordinairement très difficile de dire si leur siége est dans les parties intra ou extra-crâniennes. Dans tous les cas, ces phénomènes sont assurément les moins importants de ceux que produit l'apoplexie.

3° *Lésions de l'intelligence.* — Elles peuvent s'observer, un peu avant l'hémorrhagie, dans les moments qui la suivent ou beaucoup plus tard :

« Beaucoup d'individus, dit M. Andral, conservent toute la netteté et toute la force de leur intelligence, jusqu'au moment où ils sont frappés d'apoplexie. Chez d'autres, on observe, plus ou moins longtemps avant ce moment, quelques changements dans les facultés intellectuelles : tantôt elles

sont comme engourdies; tantôt, au contraire, elles présentent une excitation singulière; quelques malades perdent la mémoire : il y a des instants pendant lesquels ils ne savent plus ni où ils sont, ni ce qu'ils font, ni ce qu'ils disent. Voici quelques exemples de ces aberrations de l'intelligence que nous avons eu occasion d'observer.

» Une femme dont la raison avait été jusqu'alors parfaitement saine se livre tout à coup, sans motif, à de violents emportements de colère; elle devient furieuse, et on la conduit à la Charité dans un état qui ressemble à la manie; le soir même de son entrée, elle est frappée d'une attaque d'apoplexie, à laquelle elle succombe en moins de trente heures. A l'ouverture du corps nous trouvâmes dans un de ses hémisphères cérébraux un énorme épanchement de sang.

» Un homme, âgé de cinquante ans environ, oublie son propre nom; il est de temps en temps persuadé qu'il est mort; il ne reconnaît plus ses proches parents; il reste une quinzaine de jours dans cet état, puis il est frappé d'apoplexie : la nécropsie montre encore dans ce cas un épanchement de sang au sein d'un des hémisphères; elle ne fait connaître aucune autre lésion.

» Un autre homme devient incapable de se livrer à aucun travail; il reste toute la journée assis, et les yeux comme appesantis par le sommeil; à peine peut-on tirer de lui quelques réponses : cet état se termine par une attaque d'apoplexie.

» Beaucoup de cas semblables ont été vus par les praticiens : ils prouvent suffisamment qu'avant le moment où a lieu l'hémorrhagie, il peut y avoir déjà dans le cerveau un état morbide qui en est l'avant-coureur, et qui peut se traduire par divers désordres du mouvement, du sentiment ou de l'intelligence.

» D'autres individus éprouvent, à plusieurs reprises, des pertes subites de connaissance; ils tombent brusquement dans un coma profond, et on croit qu'ils sont sous l'influence d'une hémorrhagie cérébrale. Mais bientôt ce coma se dissipe, et ils sont rendus à une santé parfaite jusqu'à ce que revienne un nouveau coup de sang. Enfin il arrive un moment où, au lieu d'une simple congestion par laquelle on pourrait expliquer tous ces accidents, il survient une véritable hémorrhagie dont les effets ne sont plus passagers comme ceux de la congestion qui l'a précédée.

» Au moment même où a lieu l'hémorrhagie, trois cas peuvent se rencontrer relativement aux modifications que subit l'intelligence.

» Dans un premier cas, elle reste parfaitement intacte, et l'altération grave qu'éprouve tout à coup le mouvement n'entraîne aucun trouble dans l'exercice des facultés intellectuelles.

» Dans un second cas, l'intelligence devient plus ou moins obtuse, en même temps que les membres se paralysent : les malades tombent dans la stupeur; d'autres tiennent des propos incohérents, ou ne prononcent que des mots inintelligibles; toutefois ils ont encore la conscience du monde extérieur, et ils peuvent encore se mettre en rapport avec lui.

» Dans un troisième cas, au contraire, la perte de connaissance est complète. Les malades sont plongés dans un état comateux, dont les excitations les plus fortes ne peuvent les faire sortir; quelquefois seulement après qu'on leur a parlé à voix très haute, en les stimulant de différentes manières, ils ouvrent lentement les yeux, et fixent pendant quelques secondes celui qui les observe; mais bientôt ils retombent dans leur sommeil léthargique.

» Ces différences dans l'état de l'intelligence, au moment où a lieu l'attaque d'apoplexie, dépendent surtout de l'étendue plus ou moins grande de l'épanchement. Quant au siége de celui-ci, il ne nous a pas semblé qu'il exerçât sur les facultés intellectuelles une bien grande influence. Non seulement nous avons vu la perte de connaissance coïncider avec l'hémorrhagie de tous les points possibles des hémisphères cérébraux, mais encore nous l'avons retrouvée dans des cas où l'hémorrhagie avait son siége hors des hémisphères, dans le cervelet, par exemple, ou dans le mésocéphale. » (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 378.)

M. le docteur Fabre a cité le cas fort intéressant d'un vieillard qui succomba à une attaque d'apoplexie, accompagnée d'une perte complète de connaissance, et

dont les centres nerveux ne présentèrent d'autre lésion qu'un épanchement de sang dans la pyramide antérieure gauche. (Fabre, *Propositions et observations sur plusieurs points de médecine et de chirurgie;* thèses de Paris, 1832, nº 133.)

Après que l'épanchement de sang est effectué, le coma peut persister, le malade ne reprend pas connaissance, et, dans ce cas, la mort ne tarde pas à arriver. Dans des cas plus heureux et qui sont loin d'être rares, l'état comateux disparaît; mais une fois que l'individu est revenu à lui, il s'en faut que l'intelligence présente toujours les mêmes conditions. Dans un très petit nombre de cas, elle se rétablit parfaitement; le plus souvent elle reste affaiblie, le malade conserve assez de raison pour pouvoir se livrer aux occupations de la vie commune; mais il est devenu incapable de méditations, de travaux intellectuels un peu suivis; il ne peut plus se livrer sans fatigue à une conversation un peu longue ou un peu sérieuse, et il faut avoir grand soin de la lui interdire sous peine de voir son état s'aggraver.

Au lieu de ce simple affaiblissement, l'intelligence peut présenter une altération plus grave. Ainsi on voit un certain nombre d'apoplectiques tomber dans un véritable état d'enfance ou de démence sénile; ils pleurent surtout avec une singulière facilité. D'autres sont pris de temps en temps d'un délire qui rappelle celui auquel donne lieu si souvent l'inflammation aiguë des méninges, et effectivement l'on peut penser qu'en pareil cas il est causé par une irritation intercurrente de l'arachnoïde qui recouvre l'hémisphère malade. On a vu enfin, dans quelques cas, l'aliénation se déclarer à la suite d'une hémorrhagie cérébrale.

Il est un accident que l'on observe assez souvent à la suite d'un épanchement de sang dans le cerveau; c'est la perte de la parole. Elle peut coïncider avec un état d'intégrité parfaite de l'intelligence. Tantôt ce mutisme accidentel se dissipe promptement, tantôt la parole n'est recouvrée qu'au bout d'un temps très long, tantôt enfin elle reste à jamais perdue.

La parole peut d'ailleurs être altérée par deux causes très différentes : d'abord par l'abolition des mouvements de la langue, des lèvres, etc., ou bien parce que ces mouvements, quoique conservés, ne peuvent être coordonnés de manière à articuler les sons. Cette dernière cause est rapportée par M. Bouillaud à une lésion des lobules antérieurs du cerveau dans lesquels résiderait, suivant ce professeur, la puissance coordinatrice des mouvements phonateurs. Mais, malgré les efforts ingénieux de M. Bouillaud, sa théorie est tombée devant les faits le plus rigoureusement observés (voir les recherches de M. Bouillaud, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IV, p. 282 à 338 et t. XIII, p. 699 et 778). Voici comment s'exprime le rédacteur de la *Gazette des hôpitaux* à propos d'une discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine sur ce sujet.

« M. Bouillaud est monté à la tribune pour lire la fin du mémoire dans lequel il s'est proposé de démontrer les deux propositions suivantes :

» 1° Les lésions des lobes antérieurs du cerveau *produisent constamment* une altération de la parole ;

» 2° Les lésions des lobes moyens et postérieurs n'entraînent pas *par elles-mêmes* une lésion de la parole.

» Ces deux propositions forment, en effet, les conclusions du mémoire de M. Bouillaud; mais elles ne sont pas les seules. Le savant professeur, voulant surtout faire ressortir de son travail les conséquences pratiques plutôt qu'insister sur les questions théoriques, a formulé les deux autres propositions suivantes, relatives, l'une au diagnostic, l'autre à la thérapeutique des affections cérébrales :

» 1° Lorsque, dans une lésion du cerveau ou du crâne, la parole sera altérée, à l'exclusion des autres fonctions cérébrales, on pourra être certain que cette lésion a son siége dans les lobes antérieurs du cerveau;

» 2° Si cette lésion est de nature à exiger l'opération du trépan, c'est vers la région des lobes antérieurs du cerveau qu'on devra la pratiquer. »

« Comme M. Bouillaud, nous envisagerons exclusivement la question au point de vue pratique, non seulement parce que ce point de vue est le plus utile, mais aussi parce que c'est le seul à propos duquel on ne puisse pas embrouiller la question dans

des dissertations nuageuses au milieu desquelles on voit tout ce qu'on veut, excepté la vérité.

» Eh bien, déclarons-le sans plus tarder, sous le point de vue pratique, les conclusions rigoureuses qui ressortent des observations les plus précises sont complétement opposées à celles de M. Bouillaud.

» Avant de citer les faits à l'appui de notre opinion, précisons bien les termes de la question ; c'est là un point important dans toute discussion, et ici plus que partout ailleurs.

» Que faut-il pour prouver qu'une altération de la parole n'est pas l'indice certain d'une lésion des lobes antérieurs du cerveau, et que par conséquent on ne pourrait avec certitude, comme le croit M. Bouillaud, appliquer le trépan sur la région frontale, dans le cas où l'opération du trépan serait indiquée?

» Il faut tout simplement un fait dans lequel l'altération de la parole *ait coïncidé* (nous ne disons pas *ait été produit*, ce serait de la théorie, et pour le moment nous ne faisons que de la pratique) avec une lésion cérébrale siégeant hors des lobes antérieurs du cerveau. Or il n'y a pas seulement un fait de ce genre, il y en a des quantités, et M. Bouillaud ne les nie pas; seulement il les explique. Selon lui, dans ces cas, ce n'est pas la lésion principale qui a produit l'altération de la parole, c'est son influence secondaire sur les lobes antérieurs; c'est là une théorie que nous aborderons dans un instant; mais ce qu'il est de la plus haute importance de constater pratiquement, c'est que l'altération de la parole *coïncide fréquemment* avec des lésions cérébrales siégeant hors des lobes antérieurs. Nous dirons même avec M. Rochoux qu'il reste encore à rechercher si la coïncidence est plus fréquente avec les lésions des lobes antérieurs qu'avec celles des autres parties. Ce qu'il est de la plus haute importance de constater, c'est que ce ne serait pas, *dans ces cas fréquents*, sur la région frontale qu'il faudrait appliquer le trépan, même quand les lobes antérieurs seraient affectés *secondairement* et *accessoirement*, mais bien sur la région où siége la lésion primitive, seule grave, seule importante à connaître *au point de vue pratique*.

» Voyons maintenant la question théorique, qui, à son insu même, était évidemment l'objet principal du mémoire de M. Bouillaud.

» Que faut-il pour prouver que les lobes antérieurs du cerveau ne président pas aux mouvements dont l'ensemble constitue la faculté de la parole? Ici la question est bien plus difficile qu'au point de vue pratique. En effet, dans les cas où l'altération de la parole aura coïncidé avec une lésion des lobes moyens ou postérieurs, M. Bouillaud pourra dire qu'une altération consécutive *dynamique*, sinon *physique*, a atteint les lobes antérieurs.

» Dans les cas où un lobe antérieur aura été lésé sans que la parole ait été altérée, M. Bouillaud pourra dire que le lobe sain supplée le lobe malade (1).

» Il faudra donc trouver des cas où les deux lobes antérieurs aient été gravement lésés sans que la parole ait été abolie ou notablement altérée. On comprend immédiatement quels obstacles de semblables exigences apportent à la solution de la question. Néanmoins ces obstacles, si grands qu'ils soient, ont été surmontés : la science possède des observations capables de satisfaire toutes les exigences les plus rigoureuses, pourvu qu'elles soient exemptes de préjugés. Parmi ces observations, nous nous contenterons de citer celle que M. Bérard aîné a communiquée à la Société anatomique de Paris, et qui n'est pas moins importante par la précision des détails que par la haute garantie scientifique dont elle est environnée.

» Le 4 mars 1843, un ouvrier mineur fut frappé à la région frontale et à la face, vers trois heures du soir, par plusieurs fragments de pierre qui le renversèrent par terre. Il fut vu au moment de l'accident par M. le professeur Bérard aîné et conduit à l'hôpital Saint-Antoine sur une charrette.

» Arrivé à l'hôpital, il alla à pied de la

(1) « Cette restriction, ainsi que l'a fait observer judicieusement M. Baillarger, ne saurait être admise : en effet, s'il est démontré qu'un côté du cerveau peut suppléer à l'autre dans les fonctions intellectuelles, il est démontré qu'il n'en est pas de même pour les fonctions motrices; la parole résulte essentiellement d'un ensemble, d'une coordination de mouvements. »

porte d'entrée jusqu'à la salle dans laquelle il fut placé ; il raconta très *nettement* l'accident qui lui était arrivé.

» Dans la nuit, il y eut une somnolence dont il était facile de tirer le malade.

» Le 5 mars au matin, *subdelirium*, que l'on dissipe facilement ; le malade répond bien à toutes les questions qu'on lui adresse *sans le moindre embarras dans la parole.*

» A une heure, le malade tombe dans le coma complet et succombe à six heures du soir, par conséquent vingt-sept heures environ après l'accident et six heures après avoir parlé distinctement.

» Voici ce qu'on trouva à l'autopsie ; nous citons textuellement :

« Fracture avec perte de substance considérable du frontal, occupant la partie interne des deux voûtes orbitaires et les deux faces antérieure et postérieure des sinus frontaux ; la paroi postérieure des sinus, que l'on croyait intacte pendant la vie, est fermée par une pierre irrégulièrement cubique, de près de trois centimètres de diamètre, enclavée dans les os.

» *Tout le lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche* est converti en une masse molle, rouge, sanguinolente, uniforme, sans aucune trace d'organisation, et contenant dans son intérieur de nombreux fragments osseux. Cette altération s'étend jusqu'au fond de la scissure de Sylvius.

» La même désorganisation a détruit *les deux tiers internes du lobe antérieur droit* dans toute sa hauteur, par conséquent toute la partie de ce lobe qui repose sur la voûte orbitaire. En arrière, elle s'arrête au niveau de la divergence des racines blanches du nerf olfactif.

» Au niveau de ces parties désorganisées, il est extrêmement difficile de séparer l'un de l'autre les hémisphères cérébraux.

» Tout le reste du cerveau est parfaitement sain, blanc comme à l'état normal. » (*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 18e année, p. 122.)

» Est-il possible de citer un fait plus concluant contre la théorie et contre la pratique de M. Bouillaud ? Nous ne dirons pas avec lui que *la clarté de cette observation le dispute à celle du soleil*, parce que nous trouvons la métaphore un peu forte ; mais nous dirons que l'évidence de pareils faits (car la science en possède d'autres) ne le cède en rien à celle d'un axiome géométrique. Et cependant M. Bouillaud n'a tenu aucun compte du fait que nous venons de rapporter ; soit dédain, soit oubli, il ne l'a même pas mentionné. Deux faits analogues ont été rapportés par M. Baillarger (*Bullet. de l'Acad.*, t. XIII, p. 815) : au premier, M. Bouillaud n'a répondu absolument rien ; au second, il a objecté que M. Baillarger n'ayant pas observé le fait lui-même, ce fait perdait toute sa valeur, et devait être considéré comme non avenu. A ce sujet, M. Bouillaud a professé qu'en matière d'observation on ne pouvait compter sur l'authenticité des faits que lorsque ces faits avaient été constatés en présence de plusieurs personnes *habiles à observer*, et il a fait remarquer que le talent d'observation n'était pas un talent d'écolier ; que, pour lui, un médecin capable de recueillir une observation complète et exacte était par cela seul un médecin de premier mérite. Nous partageons entièrement l'opinion de M. Bouillaud, et nous croyons même que, sous ce rapport, nous sommes plus royalistes que le roi, ou, si l'on aime mieux, plus républicains que la république ; mais nous n'irons pas cependant jusqu'à mettre en doute tout ce que nous n'aurons pas constaté nous-même, et tout en reconnaissant les immenses difficultés de l'observation, nous ne nous réservons point le monopole de l'observation exacte et complète. Lorsque des hommes comme MM. Bérard et Baillarger, comme MM. Andral et Cruveilhier viennent nous dire :

» Ici la parole était altérée ou détruite, et aucune altération n'existait dans les lobes antérieurs ;

» Là, aucune altération n'existait dans la parole, et cependant un lobe ou les deux lobes étaient altérés ou en grande partie détruits ;

» Quand des hommes de cette valeur viennent nous affirmer des faits dont ils ont été témoins, et pour la constatation desquels leur intelligence est assurément plus que suffisante, nous ne croyons pas pouvoir conserver de doutes, à moins d'être forcés de douter des observations de M. Bouillaud lui-même.

» Mais il ne faudrait même pas être aussi difficile pour contester la valeur des observations de M. Bouillaud. Sur les 22 qu'il a citées, et d'après ses propres exigences, il n'y en a réellement qu'une, la seule, croyons-nous, qu'il ait recueillie lui-même, qui offre toutes les conditions désirables sous le double rapport de l'exactitude et de la suffisance. Or, que peut prouver dans la question une seule observation? Pourquoi, dans ce cas, placer le siége de la parole dans les lobes antérieurs, plutôt que dans les lobes moyens, quand ce sont ces derniers qui sont lésés? En vérité, les raisons seraient absolument les mêmes dans l'un et l'autre cas, c'est-à-dire que dans l'un et l'autre cas ces raisons ne seraient point fondées.

» De tout ce qui précède nous concluons :

» 1° La coïncidence d'une altération de la parole et d'une lésion des lobes antérieurs ne prouve pas plus que le siége de la parole soit dans ces lobes, que la coïncidence entre une altération de la parole et une lésion des lobes moyens ne prouve que le siége de la parole soit dans ces derniers.

» 2° Des faits aussi authentiques qu'on puisse les exiger dans toute science d'observation prouvent que la parole peut conserver toute sa netteté alors qu'un ou même les deux lobes antérieurs sont profondément altérés.

» 3° Il serait *plus que téméraire* de pratiquer une opération de trépan sur la région des lobes antérieurs du cerveau, si l'on n'avait pour se guider que l'altération de la parole, ou même si l'on considérait ce symptôme comme un adjuvant diagnostique de quelque importance. » (*Gazette des hôpitaux*, 9 mars 1848.)

C'est encore à propos de l'influence qu'on a attribuée à chacune des divisions de l'encéphale sur telle ou telle partie de la motilité, de la sensibilité ou de l'intelligence que nous devons examiner les effets particuliers de l'hémorrhagie du cervelet et du mésocéphale. M. Gendrin a surtout étudié avec soin cette question.

« Le *mésocéphale*, à cause des différents faisceaux nerveux qui entrent dans sa structure et qui se rendent au cerveau, au cervelet, au bulbe et au prolongement rachidien, serait la portion de l'encéphale dans laquelle on saisirait avec le plus de facilité les effets immédiats des foyers hémorrhagiques, s'ils pouvaient s'y accomplir dans des espaces circonscrits qui permissent de saisir leurs rapports avec les plans et les faisceaux fibreux de cet organe. Mais le volume peu considérable du mésocéphale et la disposition des vaisseaux volumineux qui l'entourent font que les hémorrhagies qui y surviennent produisent toujours des foyers relativement considérables qui en compromettent presque toute l'épaisseur, et même débordent souvent dans les pédoncules cérébraux et dans le quatrième ventricule. Toutes les fibres nerveuses superposées dans cette partie se trouvent ainsi plus ou moins directement lésées, et la continuité s'interrompt entre le cerveau et le bulbe rachidien; aussi l'hémorrhagie mésocéphalique est-elle le plus ordinairement suivie d'une mort rapide. Pendant le peu de temps qui sépare l'invasion du mal de sa terminaison, ses phénomènes les plus tranchés sont le coma avec la paralysie et l'anesthésie générales. On ne peut pas les considérer comme n'appartenant qu'à l'apoplexie de la protubérance, car ils se montrent aussi dans des apoplexies foudroyantes dans lesquelles la maladie ne compromet pas le mésocéphale. Il paraît cependant que, lorsque la protubérance est ainsi profondément désorganisée, la paralysie du rectum, de la vessie et des sphincters de l'anus se montre toujours, tandis qu'elle est loin d'être constante dans les hémorrhagies cérébrales même les plus étendues.

» Nous n'avons point d'observation qui nous permette de déterminer les symptômes que produirait un très petit épanchement de sang dans le mésocéphale. Ces symptômes seraient nécessairement différents d'intensité et d'étendue, selon que le foyer serait avec dilacération ou seulement avec écartement des fibres; ils auraient un siége différent, selon le plan de fibres dans lequel il serait situé. S'il portait sur le plan latéral des fibres qui viennent des pyramides, la paralysie et l'anesthésie se montreraient du côté opposé du corps; s'il portait sur le plan latéral des faisceaux innominés, ces sym-

ptômes seraient du même côté que l'épanchement et se rapporteraient spécialement aux nerfs de la face et des muscles moteurs de la langue ; si l'épanchement était au centre de l'un ou de l'autre plan, on aurait dans un cas un effet double sur les nerfs des membres, et dans l'autre un effet double sur les nerfs qui proviennent des faisceaux innominés. Il est permis de supposer que les facultés intellectuelles ne seraient lésées dans aucun cas.

» Il existe dans le domaine de l'art un assez grand nombre d'observations sur des apoplexies du cervelet ; presque toutes ne peuvent être d'aucune utilité pour la question qui nous occupe ; elles méritent encore moins de confiance que la plupart de celles qui ont été publiées sur les épanchements de sang dans le cerveau.

» Les épanchements de sang dans le centre du cervelet sont presque toujours la cause d'apoplexies foudroyantes qui se terminent rapidement par la mort. Nous ne connaissons pas de signes particuliers à cette apoplexie foudroyante. On a rapporté des faits en petit nombre sur des épanchements de sang dans le lobe médian du cervelet qui n'auraient déterminé qu'une hémiplégie ; ils manquent de détails suffisants pour conduire à des conséquences précises.

» Les épanchements de sang dans le centre de l'un des hémisphères cérébelleux déterminent des phénomènes de paralysie et d'anesthésie. La paralysie paraît avoir toujours été le symptôme le plus prononcé, tandis que l'anesthésie est restée incomplète. Dans le plus grand nombre des cas, ces apoplexies ont été très promptement mortelles ; les malades n'y ont survécu que quand le foyer hémorrhagique avait été peu considérable. La résorption de l'épanchement et la conversion du foyer, soit en un kyste, soit en une cicatrice cellulo-fibreuse, a alors été observée avec toutes les conditions qui se rapportent à ses différentes périodes (1).

Le siége de la paralysie et de l'anesthésie dans le plus grand nombre des cas a été dans les membres et la moitié du corps du côté opposé à l'hémisphère cérébelleux affecté ; dans quelques faits (1), la paralysie se serait montrée du même côté que l'épanchement cérébelleux. Ces résultats opposés de l'observation s'expliqueraient si en les recueillant l'on eût déterminé exactement le siége immédiat de la maladie dans le cervelet. La connexion de cet organe par ses pédoncules supérieurs avec les hémisphères cérébraux et par les cordons restiformes avec le centre nerveux qui se trouve au bulbe rachidien à la décussation des pyramides, recèle probablement le nœud de cette difficulté. Le hasard ne nous a pas mis dans le cas de recueillir avec une suffisante attention des observations de cette nature. Il serait important de déterminer le siége de l'épanchement relativement aux trois faisceaux de fibres qui entrent dans chaque hémisphère cérébelleux, relativement au corps rhomboïdal et relativement aux lamelles excentriques du cervelet. Il faudrait distinguer ces lamelles en celles qui suivent un arc continu sur la convexité du cervelet et en celles qui ne dépassent pas les limites d'un lobe. Un fait recueilli par M. Tavernier ferait présumer que si le foyer hémorrhagique a son siége à la surface du cervelet entre ses lames, la paralysie se montre du même côté que l'épanchement (2).

» La double hémorrhagie cérébelleuse, déterminant en même temps un épanchement dans chaque moitié du cervelet, est presque toujours immédiatement suivie de la mort.

» La manifestation de l'apoplexie cérébelleuse chez des sujets qui ont été frappés peu de jours auparavant ou qui viennent d'être frappés d'apoplexie cérébrale, jette immédiatement le malade dans le coma et le fait périr rapidement (3). La même chose arrive quand les deux hémorrhagies

(1) On peut étudier les divers modes de ces cicatrisations cérébelleuses dans l'obs. CXVI d'Abercrombie (*Maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*, trad., deuxième édition, p. 342), et dans l'obs. XXV de l'ouvrage du docteur Rochoux (*Recherches sur l'apoplexie*, deuxième édit., p. 75).

(1) M. Rochoux a rassemblé les principaux de ces faits dans son ouvrage cité dans la note précédente.

(2) Quelques considérations sur l'amnésie, *Dissert. inaugurale.* Paris, juillet 1825.

(3) Morgagni, *Epist. anat. med. de sed. et caus. morb.* etc., Epist. II, art. 22.

se succèdent dans un ordre inverse. L'apoplexie cérébelleuse coïncide fréquemment avec la congestion sanguine cérébrale ; il y a deux motifs alors pour que le malade soit immédiatement jeté dans tous les accidents de l'apoplexie foudroyante.

» Dans tous les faits d'hémorrhagie limitée au cervelet qui n'a pas entraîné les accidents mortels de l'apoplexie foudroyante, on n'a pas signalé de dérangement des facultés intellectuelles, ni de paralysie des muscles de la tête et de la face, ou des muscles intrinsèques et extrinsèques de la langue; on n'a point aussi noté d'anesthésie faciale. Dans toutes ces observations, l'on a insisté sur cette circonstance que l'anesthésie et la paralysie latérales ont été prononcées autant et souvent davantage sur le membre inférieur que sur le membre supérieur. Ce sont là de grandes différences entre les hémorrhagies cérébelleuses et les hémorrhagies des hémisphères cérébraux.

» Les rapports du cervelet avec les organes génitaux ou avec la pondération des mouvements du corps et des membres dans la locomotion ont été déterminés d'après des inductions *à priori*, qui n'ont pas été justifiées par les faits pathologiques. Nous ne tenons aucun compte de quelques observations cliniques qui ont été publiées sur la réalité de ces rapports.

» Nous ne connaissons pas d'observation sur des hémorrhagies limitées au *bulbe rachidien*, nous ne connaissons que des faits sur des épanchements de sang qui ont agi à la fois sur cet organe et sur la moelle de l'épine. Il est probable qu'en se rappelant l'organisation du bulbe et les résultats de l'observation sur les hémorrhagies de la protubérance, il serait souvent possible d'arriver, par une analyse des phénomènes qui se produiraient, à reconnaître le siége de l'hémorrhagie. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. V, p. 534.)

Avant de passer à l'étude des symptômes du système organique, il convient de jeter un coup d'œil sur les phénomènes qui surviennent ordinairement ou qui peuvent avoir lieu sur les parties paralysées; l'un de ces phénomènes, la *contracture*, est surtout intéressant à mentionner ; tous ont été indiqués exactement dans le passage suivant de M. Gendrin.

« *De la contracture des muscles.* — La contractilité de tissu des fibres des muscles frappés de paralysie est quelquefois lésée d'une manière directement contraire ; loin d'être éteinte, elle est augmentée ; il en résulte la contracture, état dans lequel les muscles qui n'obéissent plus à la volonté sont revenus fortement sur eux-mêmes, au point qu'il faut exercer un effort pour changer la position des parties, et qu'il en résulte de vives douleurs pour le malade, qui n'en est pas moins privé absolument de la faculté d'imprimer sous l'influence de la volonté aucune action à ces muscles. L'état de contracture des muscles augmente la dureté et la densité de leur corps, fait saillir leurs formes, met leurs tendons dans un état de distension, et amène les parties à la position moyenne qui résulte du rapport d'énergie relative des fibres des muscles antagonistes également contracturés. C'est ainsi que les muscles à l'état de contracture maintiennent les membres en demi-flexion par la prépondérance d'action des fléchisseurs sur les extenseurs.

» La contracture n'est le plus souvent, chez les apoplectiques, qu'un état passager ; elle dure rarement au-delà de quatre à cinq jours ; elle peut disparaître et se reproduire plusieurs fois ; elle se rapporte aux changements que la lésion encéphalique éprouve par les progrès de la maladie. Il ne faut pas la confondre avec la flexion permanente et l'immobilité absolue des membres qui s'établissent irrévocablement dans les paralysies très anciennes.

» La contracture ne s'observe pas que dans les muscles des membres ; elle survient aussi dans les autres muscles. Sa présence s'y décèle surtout par la dureté des muscles et par la douleur que l'on produit en les comprimant.

» La contracture des muscles modifie la position que prennent par la paralysie les parties auxquelles se rendent ces muscles, de manière à induire souvent en erreur ceux qui n'ont pas l'attention fixée sur cette circonstance. Ainsi la contracture des muscles paralysés d'un côté de la face empêche la bouche d'obéir aux muscles du côté non paralysé ; elle suffit même pour entraîner du côté paralysé, sous l'empire des muscles contracturés, la bouche et la

commissure des lèvres. Cette circonstance peut empêcher de reconnaître une suspension de la myotilité dans des muscles où elle existe réellement.

» *Température des parties paralysées.* — Les membres paralysés se refroidissent plus facilement que ceux du côté sain. Ce refroidissement est sensible d'abord pour le malade, qui perçoit du froid et de l'engourdissement ; il l'est au tact du médecin, qui reconnaît que la température du membre frappé de paralysie est évidemment au-dessous de celle du reste du corps. Cet abaissement de température est souvent évident peu après le début de la paralysie ; le plus ordinairement il ne le devient qu'au bout de quelques jours ; il ne diminue ensuite qu'avec la paralysie. Quand cette dernière circonstance arrive, le réchauffement du membre est le premier phénomène qui s'observe. Quelquefois alors, au lieu d'un sentiment de froid, les malades éprouvent dans le membre un sentiment de chaleur brûlante.

» *OEdème et sugillations des parties paralysées.* — Les parties frappées de paralysie deviennent, dans un grand nombre de cas, le siége d'un œdème d'autant plus remarquable qu'il ne s'étend pas aux autres parties du corps. Cet œdème ne se montre que rarement avant que la maladie ait duré plusieurs semaines, chez les sujets qui jouissaient d'une bonne santé au moment de l'attaque.

» L'œdème des parties paralysées indique évidemment une diminution dans l'activité de la circulation dans ces parties ; il en est de même des sugillations et de la teinte violâtre des capillaires injectés de ces parties qui s'observent chez quelques sujets dans ces circonstances. Ces phénomènes anomaux ne sont peut-être que l'effet de l'influence adjuvante que les mouvements musculaires exercent sur la circulation ; peut-être aussi dépendent-ils de la perte de l'élasticité des fibres transversales des artères.

» *Amaigrissement et soudure des parties paralysées.* — Les parties frappées de paralysie maigrissent assez rapidement. Cette atrophie porte principalement sur les muscles paralysés, qui perdent leurs saillies et se collent, pour ainsi dire, sur les os. Pendant que ces changements se font, les articulations que ces muscles meuvent perdent leur mobilité, le membre se fixe et devient comme soudé ordinairement dans la flexion. Si ensuite la paralysie vient à diminuer, ces altérations secondaires retardent beaucoup le rétablissement des fonctions des muscles affectés. Ce rétablissement ne peut avoir lieu que lorsque les muscles auront réparé leur atrophie et que la raideur articulaire aura disparu ; ce qui ne s'obtient qu'avec une extrême lenteur et que dans un très petit nombre de cas.

» *Caractères des phlegmasies qui surviennent aux parties paralysées.* — Les phlegmasies qui se développent sur un membre paralysé marchent avec lenteur et ne se terminent que rarement par résolution. La suppuration qu'elles produisent s'établit lentement et est toujours peu abondante ; les cicatrices se font aussi avec lenteur et difficulté. Si ces phlegmasies acquièrent une grande intensité, leur terminaison par gangrène est toujours à craindre. La formation des escarres gangréneuses sur les parties du corps qui s'excorient par la pression sur le lit, est beaucoup plus facile dans les paralysies que dans la plupart des autres maladies.

» *De la diaphorèse sur les parties paralysées.* — Quand les malades qui ont des paralysies sont pris d'une diaphorèse active, on voit quelquefois la sueur ne pas s'accomplir sur la peau des parties paralysées ; mais il est plus fréquent, quoique assez rare encore, que les téguments des parties paralysées soient humectés d'une sueur visqueuse, froide, lorsque les autres parties du corps sont exemptes de diaphorèse.

» Tous les phénomènes qui viennent d'être indiqués dans les cinq derniers paragraphes prouvent que la suspension de l'incitation nerveuse ne suspend pas que les fonctions de relation, mais exerce aussi une grande influence sur les fonctions organiques ; car tous ces phénomènes montrent évidemment que ces fonctions sont, sinon suspendues, au moins fort débilitées dans les parties paralysées. » (Gendrin, *Médecine clinique*, t. I, p. 418.)

4° *Lésions du système de la vie organique.* — Les symptômes dépendant des lésions de ce système ont beaucoup moins d'importance dans l'apoplexie que dans

les autres maladies, aussi n'y insisterons-nous pas longuement. De ces lésions, les unes, comme celles de la respiration, et même, prétend-on, quelquefois celles du cœur et de l'estomac, sont liées plus ou moins intimement à la paralysie; les autres en sont indépendantes. Voici comment s'expriment, à propos de ces symptômes, MM. Delaberge et Monneret.

« On peut dire, d'une manière générale, qu'après l'attaque, la respiration diminue d'intensité; le sang veineux éprouve un ralentissement dans sa marche, et il est possible qu'une congestion cérébrale se développe sous cette influence; le sang, dès lors, s'arrêterait dans les veines du cerveau, et pourrait augmenter la gravité des accidents. Quelquefois la gêne devient excessive; c'est presque toujours dans les cas où les autres symptômes annonceraient un danger imminent. M. Serres a noté, avant l'attaque, une irrégularité fort singulière entre les mouvements des deux côtés du thorax; tandis que l'un se ralentit, l'autre s'accélère. Nous avons insisté sur cette circonstance, qui n'a pas été signalée par d'autres médecins.

» Suivant M. Serres, si le cerveau n'a pas été détruit sur un des points de sa superficie, le pouls devient dur, fort et fréquent; plus la respiration s'embarrasse, plus l'action du cœur redouble, pour surmonter l'obstacle mécanique que la respiration oppose au cours du sang veineux. (*Annuaire*, année 1819, p. 326.) Il existe un contraste frappant entre l'accélération du pouls et la lenteur des inspirations. Cette force et cette dureté de la diastole se conservent jusqu'au moment où le cerveau se brise; elle devient ensuite fréquente, petite et concentrée. Le pouls est loin de présenter toujours les changements que M. Serres indique. Le plus ordinairement il est naturel, quoiqu'un peu dur. D'autres fois il est lent. Dans d'autres circonstances on le trouve petit et faible, ce qui, d'après M. Rochoux, est un symptôme presque aussi fâcheux que s'il était plein et dur. M. Landré Beauvais (*Séméiologie*, p. 40) pense que ce dernier état du pouls doit faire craindre le retour et la continuation de l'hémorrhagie.

» La face offre, en général, une expression de stupeur fort remarquable, que l'on observe encore dans d'autres affections cérébrales. Elle est rouge, vultueuse; les yeux brillants, les conjonctives fortement injectées, les vaisseaux capillaires gonflés, les lèvres rouges ou bleuâtres; l'aspect qu'offre alors le visage rappelle très bien les principaux symptômes de l'hyperémie cérébrale, et mérite, sous ce rapport, d'être noté. Baglivi, Hoffmann, l'ont pris en grande considération pour établir la division de l'apoplexie en sanguine et en séreuse. Suivant ces auteurs et les partisans de leur doctrine, la pâleur du visage est l'indice de l'apoplexie séreuse. M. Moulin (*Traité de l'apoplexie*, p. 45) prétend que le degré de rougeur ou de pâleur de la face est toujours en raison de l'épanchement. Chez un sujet replet, dit-il, son extrême pâleur indique une hémorrhagie formidable. Nous ne pensons pas qu'on puisse juger de l'étendue de la collection sanguine par ce symptôme. La peau de la face est souvent terreuse, verdâtre, jaune; elle prend toutes ces nuances à mesure que la maladie se prolonge. Elle devient très froide et comme glaciale vers son extrémité. Il n'est pas rare non plus de la trouver baignée d'une sueur froide qui fait éprouver une impression pénible quand on touche le tégument : la sueur peut se montrer d'un seul côté du corps. On a rapporté un fait de ce genre dans les *Archives générales de médecine*, juillet, 1828, page 435. Bichat a dit : La sueur ne se montre que sur le côté du corps atteint d'hémiplégie (*Anatomie générale*, t. IV, pag. 703). Haller avait déjà observé sur lui-même un fait semblable. Il lui arrivait souvent de ne suer que de l'un ou de l'autre côté du corps resté sain (Tourt., *Elém. d'hyg.*, t. I, pag. 41); et Morgagni rapporte l'observation d'un vieillard hémiplégique chez lequel une ictère était bornée à tout le côté droit d'une manière si exacte, *ut etiam nasi dextrum latus icteritium esset, sinistrum vero colorem naturalem retineret.* (Lett., t. XI, 14.)

» Les urines ne présentent rien d'important à noter. On a dit qu'elles étaient sédimenteuses, noires, peu abondantes. Boerhaave (*Comment. in Aph.* 1017) regarde l'urine épaisse comme pouvant servir de crise à l'apoplexie. On a encore parlé de l'odeur que ce liquide exhale;

mais il n'y a rien de constant dans cette particularité. Nous avons terminé la description des symptômes qui appartiennent à l'hémorrhagie cérébrale; il nous reste à fairec onnaître ceux qui appartiennent aux hémorrhagies du cervelet, de la protubérance et de la moelle. » (Delaberge et Monneret, *Compendium de méd.*, t. I, p. 253.)

Marche, durée, terminaisons, enchaînement des symptômes de l'apoplexie. — Ces différents points de l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale ont été exactement appréciés dans le passage suivant des auteurs que nous venons de citer.

« Nous avons dit que souvent l'hémorrhagie cérébrale était annoncée par des phénomènes précurseurs, qui ne sont autres que les symptômes de la congestion. Ce que les auteurs ont décrit sous le nom d'*efférents hémorrhagiques* est une véritable hyperémie, qui peut exister à différents degrés. Si l'engorgement sanguin est peu considérable, on observe la rougeur, la tuméfaction de la face, un trouble dans les facultés intellectuelles ou dans les mouvements des membres ; si la congestion augmente, la compression peut être portée au point d'abolir les fonctions du cerveau. Alors, le malade, après avoir éprouvé de la céphalalgie, des étourdissements et les autres symptômes d'hyperémie, perd connaissance; ses membres sont privés du sentiment et du mouvement, et, en un mot, tous les accidents d'une véritable apoplexie se déclarent; ce n'est encore là qu'un degré très marqué de la congestion cérébrale, qui peut simuler l'apoplexie au point de rendre le diagnostic impossible; mais comme le malade au bout de quelques heures ne tarde pas à être rendu à la santé, on ne peut conserver de doute sur la nature de l'affection; car l'hémorrhagie du cerveau ne disparaît pas avec cette rapidité, et laisse toujours des traces de son passage.

» Pour peu que l'effort hémorrhagique aille en augmentant, les vaisseaux, distendus outre mesure, ne peuvent résister à l'impulsion du sang : leur tissu se déchire ou leurs capillaires livrent passage au sang qui s'épanche. On voit alors survenir tous les symptômes de l'apoplexie que nous avons indiqués. Souvent l'homme frappé inopinément, comme d'un coup de foudre, ne présente aucun des signes avant-coureurs qui constituent ces fausses attaques ; il tombe sans connaissance, les quatre membres privés tout à la fois de la mobilité; il rend du sang par la bouche, le nez, les oreilles, les yeux; la respiration devient stertoreuse, le pouls imperceptible, et la mort survient quelquefois en quatre ou cinq heures. C'est là ce que les auteurs ont nommé *apoplexie foudroyante*, apoplexie active, forte, sthénique (*exquisita apoplexia*, Boerhaave, *Comment. in Aph.* § 1019; λογυνπη, Hippocrate). Elle est portée dès son début à son plus haut degré d'intensité ; mais il est rare que les malades meurent avant trois ou quatre heures ; les morts subites, qui tranchent à l'instant même l'existence, sont en général causées par des affections du cœur, ou la rupture de quelque tronc vasculaire. Le plus ordinairement les apoplectiques ne succombent que vers le huitième ou le neuvième jour.

» La marche de l'apoplexie n'est pas toujours aussi rapide, ni l'attaque aussi promptement mortelle. Deux cas peuvent se présenter : ou la terminaison sera heureuse, ou elle sera funeste ; et alors les symptômes présentent quelques différences importantes à connaître pour établir le pronostic de l'affection.

» A. Si le malade doit guérir, on remarque une amélioration graduelle dans les symptômes; la perte de connaissance, lors même qu'elle a été complète, est le premier accident qui disparaît, et ce changement se manifeste, en général, du premier au huitième jour. Le visage n'offre plus cet air hébété, au moins d'indifférence, qu'il avait auparavant ; il retrouve sa couleur et son expression habituelles ; il conserve quelquefois un peu d'étonnement, mais on voit très bien que le malade prend part à ce qui se passe autour de lui. Bientôt la paralysie de la lange cesse, l'appétit revient, le pouls reprend son rhythme normal. Le malade éprouve dans les membres paralysés un sentiment de formication, quelquefois très incommode, qui annonce le retour prochain de la sensibilité et du mouvement. La jambe reprend plus tôt ses forces que le bras; nous avons fait remarquer que sa paralysie était moins prononcée que celle du membre supérieur. On dit que des crises, telles qu'une sécré-

tion abondante d'urine, le flux hémorrhoïdal ou menstruel, l'épistaxis, la diarrhée devenaient le signe de la guérison : « Lenis » apoplexia, dit Boerhaave, solvitur super- » veniente sudore multo, æquabile raredo, » calido, laxante; urina mult crassa, he- » morrhoidibus largis, diu fluentibus; luxu » menstruro, restituto alvi fluxu, febre ma- » gna (*Comm.* § 1017). » On peut, en effet, regarder ces phénomènes comme étant d'un augure favorable, puisqu'ils indiquent le rétablissement des mouvements organiques un instant suspendus. Quand l'amélioration ne s'établit pas d'une manière franche, le délire se montre par intervalle, et peut inspirer des inquiétudes sérieuses, car il se rattache quelquefois à une inflammation de la pulpe cérébrale. Cependant, s'il n'est que passager, s'il ne s'accompagne d'aucune convulsion, et si l'intensité des autres symptômes diminue tous les jours, on peut espérer la guérison de la maladie. M. Moulin (*Trait. de l'apop.*, p. 49) pense que dans une apoplexie ordinaire, elle n'a pas lieu avant le vingtième ou le trentième jour; et c'est là, en effet, une guérison rapide qu'on observe rarement. Dans les cas même les plus heureux, le retour de la santé est toujours très lent; chez l'adulte le mieux constitué, la paralysie ne se dissipe pas avant trois ou quatre mois (Rochoux, *loc. cit.*, p. 117. — Moulin, *loc. cit.*, p. 49). Chez les vieillards ou les personnes au-dessus de quarante ans, elle persiste presque toujours, mais à des degrés variables. Les premiers conservent de l'engourdissement, de la faiblesse; les membres maigrissent, s'atrophient, présentent une coloration, ou s'infiltrent de sérosité.

» B. Lorsque la mort doit survenir au bout d'un temps plus ou moins long, la marche de l'apoplexie est toute différente, les symptômes vont en s'aggravant. La paralysie du mouvement et du sentiment persiste jusqu'à la fin; le malade recouvre quelquefois la connaissance, mais pour un temps fort court : il retombe aussitôt dans un coma profond, dont il est difficile de le sortir même par les stimulations les plus énergiques. La langue, la bouche sont déviées; la respiration lente, calme et profonde; le pouls dur, rare et lent; les yeux fermés et immobiles ou largement ouverts, saillants, rouges et humides. Le malade devient de plus en plus insensible à toutes les impressions; les yeux se ferment, la cornée se ride et se trouble, les pupilles restent dans l'immobilité la plus complète; la respiration est plus gênée, plus stertoreuse; à chaque mouvement d'expiration la joue est distendue par l'air qui s'échappe; les lèvres s'encroûtent des mucosités sanglantes qui sortent de la bouche; l'haleine est froide, comme si le poumon paralysé ne pouvait plus réchauffer l'air; les narines sont desséchées, pulvérulentes. La face se couvre d'une sueur froide; elle est pâle, décomposée, offre quelquefois une altération telle, qu'on pourrait croire le malade atteint d'une gastro-entérite typhoïde. En même temps la paralysie des muscles du pharynx rend la déglutition presque impossible. Les boissons avalées tombent avec bruit dans le pharynx paralysé et dans la trachée-artère, ce qui annonce des efforts de toux; l'excrétion des matières fécales et des urines est involontaire. Parvenue à ce degré extrême, la maladie peut persister encore plusieurs jours, et il n'est pas toujours facile de préciser le laps de temps pendant lequel l'apoplectique pourra vivre dans cet état; il semble que la vie, réduite à ses phénomènes les plus simples, se soutient alors sans efforts. Enfin, la respiration et la circulation s'éteignent par degrés, et le malade passe d'une manière insensible de la vie végétative à la mort. Quelquefois le pouls s'accélère, et un léger délire précède de quelques instants la fatale terminaison. Cette apoplexie que nous venons de décrire dans sa marche, et que certains auteurs nomment passive, se présente souvent chez les vieillards; les hommes robustes n'en sont pas exempts, mais alors sa durée est moins longue. Elle annonce que le travail de cicatrisation ne peut se faire, ou qu'il survient autour du foyer un ramollissement dont la marche est tout à fait lente.

« Il est encore une autre forme plus chronique de l'apoplexie cérébrale qui n'est qu'une terminaison de la première. Les individus qui la présentent restent paralysés toute leur vie, et finissent par tomber dans l'enfance; ils pleurent et rient sans aucun motif. D'autres fois, la paralysie devenant générale, ces malheureux sont contraints

de garder le lit; les fonctions digestives seules demeurent intactes.

» L'apoplexie présente dans sa marche une autre variété importante à connaître. L'état du malade, qui semblait s'améliorer d'abord, s'aggrave tout à coup; la connaissance, qui était revenue, se perd subitement; la paralysie frappe le côté resté sain, le coma augmente, la respiration devient plus stertoreuse, et le malade succombe au bout de quelques jours. L'anatomie pathologique nous apprend que dans ce cas il s'est formé une nouvelle hémorrhagie, soit dans l'hémisphère qui avait été primitivement atteint, soit dans l'hémisphère opposé. Cette succession de plusieurs attaques se montre surtout sur les sujets pléthoriques, lorsqu'on ne pratique pas dès le principe plusieurs saignées pour s'opposer au raptus sanguin, à l'effort hémorrhagique, ou lorsqu'on a recours à quelques agents thérapeutiques donnés d'une manière intempestive, tels que les excitants, les émétiques, les purgatifs énergiques. Il est encore d'autres formes d'apoplexie qui résultent de la présence d'un ramollissement, d'un épanchement séreux; nous y reviendrons en parlant des complications. Ce serait introduire une confusion nuisible dans l'histoire de cette maladie, que de rappeler toutes les formes que chaque auteur s'est cru en droit d'établir. Nous avons indiqué les principales, sans toutefois prétendre qu'elles ne peuvent pas se réunir ou présenter quelques particularités qui serviraient à fonder autant d'espèces. Abercrombie admet trois formes distinctes, qui rentrent dans celles que nous avons signalées. La première comprend les affections qui sont immédiatement et primitivement apoplectiques; la deuxième celles qui débutent par une attaque subite de céphalalgie, et qui passent graduellement à l'état d'apoplexie; la troisième, enfin, celles qui sont caractérisées par la paralysie et la perte de la parole, sans coma (Abercrombie, *loc. cit.*, p. 397). Malgré les symptômes que l'auteur anglais assigne à chacune de ces formes, il est impossible d'avoir une idée bien nette de ce qu'il comprend sous ces trois chefs.

» L'hémorrhagie cérébrale est plus que toute autre maladie sujette aux récidives; aussi, presque tous les apoplectiques qui ont échappé à une première attaque finissent-ils par succomber plus tard sous le coup de nouvelles hémorrhagies. Les symptômes qui font présager ces rechutes sont les mêmes que ceux de la première attaque: c'est lorsque le malade devient morne, triste, que sa respiration s'embarrasse, que les membres perdent leur agilité et s'engourdissent. Il meurt quelquefois tout à coup, sans avoir présenté aucun phénomène précurseur de la nouvelle attaque. En général, l'apoplectique s'expose à des récidives, quand il néglige de s'astreindre pour le reste de ses jours à un régime dont il sera question plus loin. On doit surtout redoubler d'attention si le sujet est pléthorique ou si le cœur est hypertrophié. » (Delaberge et Monneret, *loc. cit.*, p. 257.)

Diagnostic. — Quoique l'apoplexie soit une des maladies dont les symptômes sont le plus frappants et le moins équivoques, elle peut cependant être confondue avec plusieurs autres, lorsqu'on n'examine pas les malades avec une suffisante attention, et même, dans certains cas, lorsqu'on met à profit toutes les données de la science. Les cas d'un diagnostic difficile ou impossible sont ceux dans lesquels il s'agit de distinguer l'hémorrhagie cérébrale : 1° d'une apoplexie dite nerveuse, c'est-à-dire sans épanchement; 2° d'une apoplexie *séreuse*, ou formée par de la sérosité épanchée dans l'arachnoïde ou dans les ventricules; 3° d'une apoplexie méningée, c'est-à-dire formée par un épanchement de sang dans l'arachnoïde ou dans les mailles de la pie-mère; 4° de certains cas de ramollissement cérébral, dit idiopathique; 5° de certaines productions organiques de l'encéphale ou des méninges; 6° de la fièvre pernicieuse apoplectique.

Les cas dans lesquels il est toujours plus ou moins facile de reconnaître l'absence d'hémorrhagie sont ceux dans lesquels on a affaire : à une inflammation aiguë ou chronique des méninges ou du cerveau, à une paralysie faciale, à une hystérie, à une épilepsie, à une paralysie essentielle plus ou moins étendue, à une syncope, à un catarrhe suffocant. Dans les cas de cette seconde catégorie, l'examen sévère du malade suffira toujours pour préserver de l'erreur; néanmoins, il ne faudra jamais perdre de vue que des erreurs ont été faites dans

des cas analogues, et par conséquent il ne faudra jamais dédaigner de prendre toutes les précautions possibles pour assurer le diagnostic.

Quant aux cas de la première catégorie, comme, pour établir avec connaissance de cause le diagnostic différentiel de l'hémorrhagie avec ces divers cas, il est indispensable d'avoir fait connaître les symptômes qui les caractérisent, nous attendrons, afin d'éviter les répétitions inutiles, d'avoir décrit les maladies dont il s'agit pour tracer ce diagnostic. Nous dirons seulement, en ce qui concerne la fièvre pernicieuse apoplectique, qu'elle produit toujours une sorte de paralysie générale, et non une hémiplégie ; que cette paralysie est à peu près toujours incomplète, et moins prononcée qu'on ne devrait le supposer en considérant la gravité du coma; qu'il n'y a presque jamais de sterteur; que les malades ne *fument pas la pipe;* que très souvent un frisson appréciable et quelquefois très violent précède la période comateuse; et qu'enfin les antécédents fournissent encore des données importantes au praticien; comme il est rare que la mort arrive au premier accès, l'intermittence lèverait toute espèce de doute si l'on n'avait pu être fixé plus tôt.

Pronostic. — L'hémorrhagie cérébrale est une affection toujours grave; car, en supposant que les individus échappent à la mort, il est rare qu'ils guérissent complétement, et qu'ils ne conservent pas soit une paralysie, soit un affaiblissement des facultés intellectuelles.

Quoiqu'on ne possède aucun relevé qui puisse indiquer exactement la fréquence des morts par suite d'apoplexie, on sait que cette fréquence est considérable, et quelques médecins pensent qu'après soixante ans l'apoplexie est la cause la plus fréquente de la mort.

M. Rochoux, cependant, ne la croit pas aussi meurtrière qu'on le pense généralement; il estime qu'il périt un tiers des malades affectés; mais il ne comprend pas dans sa mortalité les apoplectiques qui guérissent de leur attaque, mais qui succombent, à une époque plus ou moins éloignée, aux suites ou aux complications que la lésion cérébrale entraîne souvent après elle.

Quant à l'application du pronostic à un cas particulier, on n'a pour se guider que la considération de l'âge, de la force des malades et de l'intensité des symptômes produits. Avec ces éléments, on ne peut porter qu'un pronostic approximatif assez vague sur la question de vie ou de mort immédiate, et très incertain sur tout le reste.

Causes. — Comme celles de toutes les maladies, les causes de l'apoplexie ont été divisées en prédisposantes et en occasionnelles ; plusieurs auteurs ont joint à cette première division une seconde, qui distingue les causes suivant qu'elles proviennent de l'individu. Nous n'avons donc qu'à suivre la marche qui a été tracée par tous les auteurs.

a. Causes prédisposantes individuelles.— Hippocrate a dit que l'apoplexie survenait communément de quarante à soixante ans ; cette proposition pouvait être vraie dans le pays où pratiquait Hippocrate ; dans nos contrées, elle n'exprime pas exactement la vérité, quoiqu'elle s'en rapproche beaucoup. En effet, sur soixante-neuf apoplectiques dont l'observation a été prise par M. Rochoux, les âges des sujets se sont répartis de la manière suivante :

De 20 à 30 ans,	2
30 à 40 —	10
40 à 50 —	7
50 à 60 —	13
60 à 70 —	24
70 à 80 —	12
80 à 90 —	1
Total. . . .	69

Si l'on songe combien la population âgée de soixante à quatre-vingts ans est inférieure à celle de quarante à soixante, et surtout de vingt à quarante, on se convaincra facilement de combien la prédisposition apoplectique des vieillards l'emporte sur celle des adultes et des jeunes gens. Lorsque nous avons traité des maladies des enfants, nous avons d'ailleurs constaté que l'apoplexie cérébrale était presque inconnue à cet âge. M. Gendrin ne s'est pas contenté de confirmer le résultat annoncé par ses prédécesseurs, il a encore cherché à l'expliquer dans les considérations suivantes :

« Indépendamment des causes nombreuses, surtout de nature pathologique, qui sont certainement l'origine de beaucoup

d'apoplexies des vieillards, les modifications que les progrès de l'âge apportent dans l'organisme concourent puissamment à produire l'apoplexie. La circulation se rétrécit et perd de son activité par la vieillesse. La circulation encéphalique, qui se fait sous la seule influence de l'organe central de la circulation, continuée par la réaction des tuniques élastiques des artères, doit ressentir plus que toute autre portion de l'appareil circulatoire général les effets de la dégradation sénile. La facilité de la stase veineuse, si grande chez les vieillards, comme le prouvent les œdèmes des extrémités, les gonflements des veines, etc., est bien plus marquée encore dans l'encéphale, où n'agit pas la pesanteur de l'air, qui contribue si puissamment à la circulation centripète dans toutes les autres parties du corps. La pesanteur du sang, si favorable à la circulation de haut en bas dans les veines supérieures, est ici annulée par la pesanteur de l'air, qui tend à prévenir plutôt qu'à favoriser la déplétion des veines cérébrales. Ainsi, chez les vieillards, affaiblissement de la force d'impulsion cardiaque et artérielle, diminution consécutive de l'activité de la circulation veineuse cérébrale, nécessité de la réplétion complète des vaisseaux encéphaliques à cause de l'absence d'action de la pesanteur de l'air sur les organes encéphaliques, difficulté de la résorption des liquides séreux, exhalation facile de ces liquides par le fait même de la stase sanguine, affaiblissement de la tonicité des vaisseaux comme de tous les tissus, absence ou difficulté de l'exercice des organes locomoteurs, si utile pour favoriser la circulation et prévenir les stases sanguines nerveuses; voilà un ensemble de conditions très prochainement efficaces pour la production des congestions cérébrales, de l'augmentation du fluide céphalo-rachidien, et des ruptures vasculaires qui sont suivies d'hémorrhagies. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. I, p. 548.)

Sexe. — Des opinions contradictoires, mais également hypothétiques, règnent sur l'influence du sexe dans l'hémorrhagie cérébrale; le seul document positif est celui qui a été recueilli par M. Falret, qui, sur 2299 apoplectiques observés à Paris depuis 1794 jusqu'en 1823, a trouvé 1670 hommes et 627 femmes. On a reproché à cette statistique d'avoir nécessairement confondu avec l'hémorrhagie cérébrale, beaucoup d'autres maladies, particulièrement la cérébrite apoplectiforme, le ramollissement idiopathique, etc. Ce reproche est fondé : toutefois, comme les hémorrhagies sont évidemment et de beaucoup les affections qui produisent le plus fréquemment des symptômes apoplectiques, il nous semble infiniment probable qu'elles dominaient assez dans le relevé de M. Falret, pour donner à ce relevé un cachet, sinon d'exactitude complète, au moins d'une assez grande approximation.

Tempérament, *constitution.* — Il n'y a pas longtemps encore, et Portal était dans cette voie, qu'on faisait jouer le plus grand rôle au tempérament, à la constitution : sans un embonpoint prononcé, une face rubiconde et un cou raccourci, on n'admettait pas, pour ainsi dire, d'apoplexie possible. On en a bien rabattu depuis que M. Rochoux a voulu apporter quelque rigueur dans l'étude de cette question, ainsi que le prouvera le passage suivant de MM. Delaberge et Monneret, lequel représente exactement l'état de la science :

« Il n'existe pas, à proprement parler, de constitution qu'on puisse nommer apoplectique, c'est-à-dire de constitution qui mène infailliblement à l'hémorrhagie, mais une certaine disposition organique très rapprochée par ses caractères du tempérament sanguin. La constitution pléthorique, qu'on peut même appeler apoplectique, pourvu qu'on s'entende sur les mots, n'est nullement imaginaire. Les individus qui nous l'offrent ont le corps gros et replet, la poitrine couverte de muscles épais, le cou très court, la tête volumineuse, la face habituellement rouge et injectée, les yeux brillants, les battements du cœur énergiques : il y a tendance à l'assoupissement et au sommeil, une impossibilité presque absolue de se livrer au travail de tête. Ajoutons que les hommes qui nous présentent cette physionomie apoplectique ont le système circulatoire toujours rempli d'un sang fortement coloré, fibrineux et excitant; que ces signes extérieurs n'appartiennent pas à une constitution particulière, mais au tempérament sanguin, ou à une hypérémie générale qui n'est qu'une exagération de ce tempérament. Observons,

toutefois, qu'il est plus conforme à la juste interprétation des faits de dire que la pléthore et le tempérament sanguin disposent plutôt à la congestion qu'à l'hémorrhagie cérébrale ; seulement, comme la congestion est elle-même une cause puissante d'hémorrhagie, on peut dire que l'apoplexie choisit souvent ses victimes parmi les hommes pléthoriques. Cette proposition, d'ailleurs, n'est-elle pas confirmée par les observations de Corvisart, qui a trouvé que les individus du tempérament apoplectique sont surtout sujets aux maladies du cœur? (*Essai sur les mal. du cœur*, p. 141.) N'est-elle pas aussi basée sur les travaux de Legallois, et de M. Bricheteau?

» Il ne faut pas croire que les autres tempéraments soient à l'abri de l'hémorrhagie : elle frappe souvent des hommes maigres que leur constitution bilieuse ou nerveuse semblait devoir préserver des attaques du mal : aussi a-t-on prétendu que les tempéraments n'avaient aucune influence sur la production de l'hémorrhagie. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des apoplectiques parmi ces hommes d'une tout autre constitution dont le corps est grêle, sec et allongé, le visage plutôt pâle que coloré, les fonctions organiques languissantes ; « la nature les néglige et les oublie, pour ne s'occuper que de la vie de relation. » (Moulin, *loc. cit.*, p. 37.) Ils se font remarquer surtout par leurs succès dans la carrière des lettres et des sciences. Au premier aperçu, on pourrait croire que cette disposition nerveuse, qui amène les hémorrhagies du cerveau, est en opposition avec ce que nous avons dit. Mais si on veut bien réfléchir aux fonctions du système nerveux, on verra que cette contradiction n'est qu'apparente. En effet, si l'hémorrhagie est souvent la fatale terminaison d'une vie passée dans les travaux intellectuels, si elle est la conséquence de l'excitation nerveuse qui en est inséparable, n'est-ce pas en raison de l'exercice continuel du cerveau, de la congestion sanguine habituelle dont la pulpe cérébrale est le siége ; enfin, de l'innervation qui donne à l'intelligence cette activité que nous admirons, et qui mène si souvent à la mort? n'est-ce pas là l'unique cause pour laquelle cette redoutable affection frappe tous les jours des hommes d'un tempérament nerveux?

» M. Rochoux, qui refuse aux tempéraments toute participation à l'apoplexie, a fait un relevé dans lequel on trouve que, sur 69 apoplectiques, 25 offraient le tempérament sanguin, 21 le tempérament bilieux, 16 le tempérament sanguin lymphatique, et 7 le tempérament sanguin bilieux. Ces résultats viennent à l'appui de ce que nous avons avancé, savoir : que les sanguins sont plus exposés que d'autres à l'apoplexie. Il est vrai, ainsi que l'observe M. Rochoux, que les sanguins, sanguins bilieux, ou sanguins lymphatiques, sont en plus grand nombre à Paris que les autres tempéraments.

» On a voulu voir, dans un état particulier du cerveau, la cause prédisposante de l'hémorrhagie ; l'ossification des artères carotides à leur passage sur la selle thurcique, celle des sinus de la dure-mère (Lancisi), de la faux du cerveau (Morgagni), ont été regardées comme une des causes de l'apoplexie. M. Cruveilhier (art. APOPLEXIE du *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. III) croit que les plaques osseuses peuvent faciliter la rupture des tuniques artérielles : elle s'opérerait à la circonférence même de l'ossification. Nous reviendrons sur ce sujet que nous avons traité en parlant de la nature de l'apoplexie. Sans qu'on puisse prouver que l'organisation du cerveau a une très grande part dans la production de la maladie, on ne peut, toutefois, refuser d'admettre que cet organe subit des modifications organiques par suite des progrès de l'âge. M. Denis a montré, par l'analyse, que sa composition chimique éprouvait des changements appréciables à mesure que l'homme vieillissait (*Rech. de phys. sur le sang humain*, dans le *Journal de physiol.*, t. IX, p. 187.) Il semble qu'alors la substance nerveuse perde de sa cohésion, car elle se laisse déchirer dans une grande étendue, et le travail de cicatrisation ne peut plus s'y faire : c'est ce qui expliquerait pourquoi la guérison de l'apoplexie au delà de soixante-dix ans, est très rare. » (Monneret et Delaberge, *Compendium de médecine*, t. I, p. 272.)

Influence des organes gastriques. — Broussais ne pouvait manquer d'attribuer à l'irritation de l'estomac une influence sympathique sur le cerveau, laquelle influence pouvait produire des *paralysies*,

des *manies*, des *apoplexies* (*Phlegm. chron.*, t. II, p. 394, et *Examen des doctr. méd. propos.*, t. CXXII, CXXVI, CXXVIII). Cette doctrine avait à peine besoin de quinze jours d'observation pour être appréciée à sa juste valeur; elle est donc aujourd'hui complétement rejetée. M. Gendrin, à l'exemple de quelques pathologistes qui nous ont précédé, a cependant admis l'influence des organes gastriques, mais à un autre point de vue. Voici comment il s'exprime :

« L'accomplissement normal des fonctions digestives exerce une influence prédisposante directe sur la production de l'apoplexie; on en trouve la preuve dans le grand nombre d'invasions de cette maladie pendant la digestion. Les phénomènes extérieurs qui s'observent dans cette circonstance sont d'ailleurs propres à démontrer l'influence qu'elle exerce sur la circulation encéphalique; ainsi, la propension au sommeil, la pesanteur de tête, l'injection et même la turgescence de la face après les repas, principalement chez les personnes d'un certain âge, prouvent évidemment que l'action de l'estomac détermine vers la tête une sorte de congestion sanguine immédiatement favorable à la production de l'apoplexie.

» Si l'effet nuisible sur l'encéphale est déjà déterminé par l'exercice régulier de la fonction, il l'est à bien plus forte raison lorsque les organes digestifs sont soumis habituellement à l'action d'aliments et de boissons ingérés en trop grande quantité ou doués d'une action stimulante trop grande, ou contenant beaucoup de sucs nutritifs, sans qu'il en résulte cependant de perturbation des fonctions digestives. Ceux qui se placent journellement dans ces conditions sont si immédiatement prédisposés à l'apoplexie qu'il en est bien peu, lorsqu'ils ont atteint un âge avancé, qui puissent continuer l'habitude de ce régime sans éprouver les prodromes de l'apoplexie, ou au moins des fluxions et des congestions sanguines encéphaliques qui n'en sont que les moindres degrés. Le régime alimentaire trop nutritif et trop stimulant finit d'ailleurs par déterminer la pléthore, et cet état général est chez les vieillards la cause prédisposante la plus puissante de l'apoplexie.

» Les excès insolites de table, surtout quand les aliments et les boissons ingérés sont très stimulants, peuvent occasionner l'apoplexie, pour peu qu'elle soit préparée par une prédisposition; c'est ainsi que s'expliquent les attaques qui surviennent souvent après les repas extraordinaires et pendant la nuit qui les suit. La puissance de cette cause est telle que la plupart de ceux qui sont prédisposés à l'apoplexie, surtout par l'âge et par le tempérament, éprouvent, toutes les fois qu'ils s'y exposent, au moins des prodromes apoplectiques ou de légers coups de sang. Ce sont ces apoplexies que l'on a souvent confondues avec les symptômes d'une simple indigestion. Il arrive fréquemment, en effet, que la cause qui agit directement sur les organes digestifs, et médiatement sur l'encéphale, produit à la fois une perturbation des fonctions intestinales et une apoplexie; on peut admettre aussi que l'invasion de la maladie cérébrale, suspendant subitement l'accomplissement de la digestion, devient soudainement la cause de la manifestation des symptômes spéciaux de l'indigestion.

» La surcharge du tube intestinal par une trop grande quantité de matières fécales, fréquente chez les sujets ordinairement constipés, détermine quelquefois des pesanteurs de tête, des étourdissements, de la somnolence, une lenteur dans l'accomplissement des fonctions intellectuelles qui décèlent assez l'influence de cette difficulté des excrétions alvines comme cause prédisposante de l'invasion de l'apoplexie. Cette cause devient déterminante si elle agit après d'autres causes prédisposantes; on le voit dans les coups de sang et les véritables attaques d'apoplexie survenues par sa présence, ou évidemment prévenues, et quelquefois guéries en rétablissant les excrétions intestinales.

» C'est dans ces circonstances aussi que des efforts de défécation exagérés, ajoutant à l'influence de la surcharge du tube intestinal celle d'une action forcée des muscles, qui se lie nécessairement à une suspension temporaire de la respiration, peuvent devenir la cause immédiate d'une attaque d'apoplexie. » (Gendrin, *loc. cit.*, p. 551.)

Morgagni avait donné la même explication que M. Gendrin (Morgagni, *Epist.*

anat. med., t. III, art. 19); mais il reste encore à déterminer par des observations exactes la valeur de cette explication.

On a attribué à l'*activité des organes de l'hématose* une influence sur le développement de l'hémorrhagie cérébrale; mais il est difficile de bien préciser ce qu'on a entendu par là, et il est impossible de juger, par suite, la valeur de cette hypothèse.

On a dit la même chose des efforts musculaires, et l'on a cité quelques cas qui paraissent favorables à cette opinion; mais dans les efforts musculaires un peu violents et prolongés la circulation veineuse se trouve très ralentie par la suspension de la respiration, et il est plus probable que c'est cette dernière cause plutôt que l'effort musculaire qui produit dans ces cas l'hémorrhagie.

Est-ce encore aux modifications de la circulation qu'il faut rapporter l'influence prétendue du *sommeil* sur l'apoplexie? Avant de répondre à cette question, il faudrait d'abord que le fait fût bien prouvé. M. Gendrin cependant n'en doute pas.

« Les modifications que les fonctions éprouvent périodiquement, et principalement celle qui se rapporte à la production du sommeil, qui paraît surtout consister dans un état de congestion temporaire des vaisseaux encéphaliques, ont une grande influence sur la production de l'apoplexie. On ne peut, en effet, attribuer au hasard la manifestation de cette maladie pendant le sommeil, lorsqu'on voit la propension insolite au sommeil et le sommeil prolongé d'une manière extraordinaire constituer le prodrome le plus fréquent de l'invasion de l'apoplexie, et quand il est démontré que le plus grand nombre de ces maladies se déclare pendant le sommeil. Sur 176 cas d'hémorrhagie cérébrale constatée par l'ouverture des cadavres que nous venons de relever dans nos notes et dans les auteurs les plus dignes de foi, dans 97 l'invasion s'est faite durant le sommeil, et parmi ces derniers, l'attaque est survenue 84 fois pendant le sommeil de la nuit. Il faut sans doute tenir compte, comme cause accessoire dans ces cas, de l'influence de la chaleur du lit, de l'accomplissement de la digestion et de la position horizontale, qui favorisent évidemment la production de l'hypérémie cérébrale. Peut-être faut-il aussi faire entrer en ligne comme cause adjuvante les modifications diurnes et nocturnes de la circulation, d'après les observations de Brian Robinson. Sur 93 observations recueillies avec des détails précis, et que nous venons de rassembler, 26 sont survenues de midi à deux heures, 31 de minuit à deux heures du matin, c'est-à-dire aux heures où le pouls a son maximum d'élévation. De deux heures du matin à sept heures, période pendant laquelle le pouls perd de sa force et de sa fréquence, nous trouvons 8 invasions; de sept heures à midi, instant du jour où le pouls est à son minimum de fréquence, il n'y a eu que 5 attaques; de deux heures à huit heures du soir, période pendant laquelle le pouls perd progressivement de force et de fréquence, il y a eu 9 invasions; de huit heures du soir à minuit, période dans laquelle la fréquence et la force du pouls vont en augmentant, il y en a eu 14. Il est certain que ces résultats peuvent dépendre d'un concours de causes multipliées comme les variations diurnes et nocturnes du pouls elles-mêmes; ils n'en établissent pas moins l'opportunité des attaques d'apoplexie à certaines heures du jour et de la nuit. Il y a sur ce point un rapport bien remarquable entre ces attaques et les modifications de la circulation exprimées par le pouls. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. I, p. 553.)

Les *attitudes* dans lesquelles la circulation veineuse de la tête est rendue difficile, le repos exagéré ont été aussi considérées comme des causes d'apoplexie; leur valeur n'a pas encore été suffisamment déterminée.

L'exercice habituel des facultés intellectuelles est généralement considéré comme constituant une prédisposition à l'apoplexie; quand cet exercice est exagéré à un degré considérable, on lui a quelquefois attribué une influence déterminante; comme toutes les dernières causes, celle-ci demande à être mieux étudiée, quoiqu'elle soit une des plus généralement admises.

L'influence prédisposante de *l'hérédité* est aussi une des plus probables et des plus généralement reconnues; cependant

rien n'est encore complétement démontré à cet égard.

Enfin différentes causes pathologiques, telles que la suppression d'hémorrhagies morbides ou naturelles, l'existence d'une affection du cœur, de plusieurs affections non apoplectiques du cerveau ou des vaisseaux de la tête, ou même de la partie supérieure du thorax, enfin certaines maladies des organes abdominaux eux-mêmes ont été admises, mais non prouvées.

« *Causes hygiéniques.* — Presque tous les médecins, depuis Hippocrate, dit M. Rochoux, ont admis, comme prédisposant à l'apoplexie l'hiver, une saison froide et humide, les pluies abondantes et une chaleur humide après le froid. L'apoplexie est fréquente, suivant Jacquinus, dans les lieux froids, soit par rapport à leur position particulière, comme Florence, Lucques et Bologne, soit par l'influence du climat, comme l'Allemagne et l'Angleterre. Hollerius, Forestus, Morgagni, ont répété, comme à l'envi, cette manière de penser. Baglivi décrit avec une sorte de complaisance ces causes, auxquelles il joint l'influence de vapeurs malignes qui s'exhalent dans les tremblements de terre. Souvent la gourmandise et l'ivrognerie produisent cette maladie, dit Arétée. On a, depuis ce médecin, adopté généralement sa manière de voir. C'est celle que professent Petrus, Salius, Diversus, Gualter, Pernelle, Forestus, Hoffmann. Le même accord règne sur l'influence d'une vie molle et oisive, qui n'est animée par aucun exercice. Les chagrins prolongés, les violentes secousses morales passent encore pour causer une action au moins aussi fâcheuse. Beaucoup de médecins n'hésitent pas à en dire autant des habitudes d'une vie studieuse et méditative. Suivant Ponsart, il y a plus de moines et de financiers apoplectiques que de paysans. On pourrait aussi reconnaître l'influence de certaines professions. Mais il n'y a, ce me semble, encore rien de bien décidé à cet égard. Nous allons maintenant chercher à apprécier l'influence que l'on doit accorder à chacune des nombreuses causes qui viennent d'être mentionnées. » (Rochoux, *Dictionnaire de méd.* en 30 vol., t. III, p. 499.)

Causes déterminantes, occasionnelles, efficientes. — Comme les précédentes, ces causes sont fort nombreuses, si l'on admettait pour réelles toutes celles que les auteurs ont énumérées ; mais il faut dire que l'immense majorité d'entre elles a besoin d'être démontrée par de nouvelles observations; nous nous contenterons de faire connaître les plus accréditées.

Selon M. Gendrin, *l'ingestion de boissons alcooliques, de poisons narcotiques et narcotico-âcres*, peut déterminer l'apoplexie toujours imminente, dit-il, pendant la durée de leurs effets toxiques. Ces causes ont des faits assez nombreux en leur faveur; mais il est probable qu'il s'agit, dans ces faits, de congestions cérébrales, plutôt que de véritables apoplexies hémorrhagiques.

C'est aussi très probablement à des apoplexies simplement congestives et peut-être nerveuses, qu'il faut rapporter ces exemples, dans lesquels la mort est survenue à la suite d'une émotion morale vive, comme dans ce fait cité par Ozanam, d'un vieillard qui, en apprenant le débarquement de Napoléon sur le territoire français en 1815, s'écria :

Le voilà donc connu, ce secret plein d'horreur,

et tomba subitement frappé d'une apoplexie à laquelle il succomba au bout de dix heures. Ce qui prouverait qu'il s'agit surtout, dans ces cas, de congestions, c'est que, lorsqu'on a eu le soin de tenir compte des symptômes, on a presque toujours eu affaire à des paralysies générales qui prouvent beaucoup moins l'hémorrhagie que les hémiplégies. Cependant quelques unes de ces dernières ont aussi été notées, sans être, à la vérité, suivies de l'examen cadavérique. En voici un exemple que nous trouvons dans *la Gazette des hôpitaux*.

« Une femme de vingt-quatre ans, couturière, est admise à la salle Saint-Antoine le 29 février ; elle est malade depuis six jours. D'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, cette fille a eu, à la suite d'une frayeur vive; un étourdissement, qui a été suivi d'une hémiplégie du côté gauche. Elle n'a jamais eu, avant cette époque, aucun accident du même genre, ni étourdissement, ni perte

de connaissance; elle se portait bien, sauf qu'elle était depuis fort longtemps sujette à de violents maux de tête du côté droit. Jamais elle n'avait ressenti d'engourdissements du côté gauche du corps, non plus que dans aucune autre partie; pas de crampes. Elle était, comme nous l'avons dit, adonnée aux travaux de couture, travaillait facilement. Elle ne paraît pas, d'après son dire, avoir jamais été sujette à aucune affection nerveuse, convulsive ou autre. Au moment de l'entrée, le côté gauche du corps a conservé sa sensibilité, mais la malade ne peut remuer les membres de ce côté. L'intelligence est nette. » (*Gaz. des hôpit.*, p. 115.)

La malade était en voie de guérison quand l'observation a été prise; cependant ce fait semble d'autant plus probant, que l'âge exceptionnel de la malade exclut presque l'idée d'une simple coïncidence.

Ne doit-on pas rapporter aux simples congestions plutôt qu'aux véritables hémorrhagies l'influence, d'ailleurs évidente de certaines *constitutions épidémiques ?* Cela nous paraît probable.

L'influence de la pesanteur atmosphérique a été indiquée plutôt qu'étudiée dans le passage suivant de M. Gendrin, où l'auteur étudie aussi celle des *applicata* de diverses natures.

« L'influence de la pesanteur de l'air sur la production des apoplexies, au moins comme cause prédisposante, peut s'établir par le fait qu'un grand nombre de ces maladies à différents degrés, depuis les plus légers coups de sang jusqu'aux paraplexies et aux apoplexies les plus graves, surviennent dans les temps d'orage, lorsque, par l'action de l'électricité des nuages, la pesanteur de l'air diminue au point de déterminer un abaissement considérable du baromètre.

» L'effet immédiat de cette circonstance comme cause des hémorrhagies s'est montré dans l'observation de Pitcairn et de Mead que nous avons rapportée. Elle est devenue plus précise, quant à la production de l'apoplexie, par les observations de Retz, qui a établi que sur soixante cas de cette maladie recueillis en vingt ans, trente-deux s'étaient manifestés lorsque la pression atmosphérique avait subi un abaissement considérable. Il est vrai que d'autres médecins, et en particulier Pison et Horn, attribuent les mêmes effets pour la production de l'apoplexie à l'augmentation de la pesanteur de l'air. Il suffit de réfléchir sur l'influence de la pression atmosphérique sur la circulation pour reconnaître que ces résultats identiques de causes en apparence opposées ne sont point inconciliables.

» L'influence des agents qui modifient ou gênent la circulation, surtout quand elle agit sur des parties étendues du corps ou sur des régions traversées par de nombreux et d'importants vaisseaux, est une cause d'apoplexie le plus souvent déterminante. Ainsi les ligatures serrées sur différentes parties du corps, et principalement les vêtements trop étroits, peuvent causer la manifestation de l'apoplexie. On attribue cet effet aux cravates serrées, aux corsets, surtout chez les personnes qui ont un certain degré d'obésité. L'application de bandages serrés sur la tête favorise la congestion cérébrale; Galien l'avait déjà remarqué, et c'est un précepte sage de s'abstenir, autant que possible, de ces bandages chez les sujets pléthoriques et prédisposés à l'apoplexie.

» L'application sur la tête de coiffures qui entretiennent une vive chaleur prédispose immédiatement aux congestions encéphaliques. Nous avons fait cesser chez une femme des étourdissements et des vertiges qui revenaient presque tous les jours en lui faisant quitter l'usage d'une calotte de laine et de taffetas ciré qu'elle portait sur la tête. L'on a attribué beaucoup d'apoplexies à l'usage des grandes et lourdes perruques que l'on portait au siècle de Louis XIV.

» L'exposition de la tête à une vive chaleur peut provoquer la formation de l'hyperémie encéphalique et par suite de l'apoplexie. Pison rapporte un exemple d'apoplexie chez une personne qui s'était couchée et endormie la tête vis-à-vis d'un foyer.

» L'administration des bains trop chauds peut être suivie d'attaques d'apoplexie. Ritter en a rapporté des exemples; nous en avons observé aussi un cas. A juger de l'effet que produisent sur la circulation les bains de vapeurs, on s'étonne qu'ils ne

déterminent pas plus fréquemment l'apoplexie chez les peuples qui en font un usage habituel; il est vrai qu'on corrige immédiatement les résultats directs de leur action par les affusions ou les immersions froides.

» L'influence des bains froids, surtout après les repas et chez les sujets d'ailleurs prédisposés aux congestions encéphaliques, peut être aussi suivie d'une hémorrhagie cérébrale. La constriction des capillaires extérieurs que produit immédiatement le froid et que favorise aussi la pression de l'eau sur le corps, en diminuant l'étendue de l'arbre circulatoire, est nécessairement suivie d'une pléthore relative dans les vaisseaux des organes internes. La succession brusque du bain froid au bain chaud n'a pas les mêmes inconvénients lorsqu'elle ne fait que rétablir l'équilibre troublé par l'action du calorique en excès. Cependant une observation d'Amatus Lusitanus prouve que, même dans cette circonstance, l'influence du froid subit après le bain de vapeur peut être suivie d'apoplexie. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. I, p. 569.)

Enfin, quelques auteurs ont attribué une influence déterminante de l'apoplexie aux grands *ébranlements physiques*. M. Gendrin rapporte le fait d'un ouvrier qui était tombé sur les pieds dans un puits de carrière, et sur le cadavre duquel on trouva un large foyer hémorrhagique au centre du cerveau.

Traitement. — On a divisé le traitement de l'hémorrhagie cérébrale, comme celui de la plupart des autres maladies, en préservatif et curatif.

Traitement préservatif. — Ceux qui considèrent l'hyperémie comme l'antécédant à peu près nécessaire de l'hémorrhagie, confondent le *traitement* de la congestion avec la *prophylaxie* de l'hémorrhagie; c'est donc de ces deux sortes de traitement qu'il s'agira ici, et c'est pour cela que, pour éviter les répétitions, nous n'avons rien dit précédemment du traitement des congestions.

Les auteurs du *Compendium de médecine* tracent ainsi qu'il suit le traitement curatif des congestions et prophylactique des hémorrhagies :

« *Modificateurs hygiéniques.* — Lancisi remarque avec raison qu'il est inutile de chercher des préservatifs dans les médicaments, quand on refuse de s'astreindre aux préceptes d'une sage hygiène. Tous les secours de la médecine sont trompeurs ; les seuls efficaces dans tous les temps et dans toutes les circonstances sont une vie tranquille et cette sérénité de l'âme que ne peuvent troubler ni les succès, ni les revers. » (*De subitan. mort.*, lib. 1, cap. XVIII.) Ces paroles pleines de philosophie, propres à relever l'importance d'un régime sagement ordonné, ont été comprises par tous les médecins. Les conseils que nous allons donner s'adressent en même temps aux hommes menacés d'hémorrhagie cérébrale, et à ceux qui en ont déjà été atteints; ces derniers surtout devront s'y soumettre avec une grande exactitude. Combien voit-on d'apoplectiques, heureusement guéris, succomber à une seconde ou à une troisième rechute, pour avoir enfreint une seule fois le régime sévère que le médecin leur avait prescrit!

» On préviendra la congestion cérébrale et l'apoplexie en recommandant aux hommes forts et pléthoriques de respirer un air modérément chaud, et d'éviter avec soin les lieux où ils pourraient être soumis à une température élevée. On voit tous les jours des individus frappés d'apoplexie auprès du feu, dans des salles de spectacle, et dans des assemblées nombreuses. Les hommes enclins à la bonne chère, aux excès de boisson, portés en outre à l'acte vénérien, en sont surtout menacés s'ils ne renoncent pas entièrement à leur genre de vie. Ils doivent choisir leurs aliments parmi les végétaux, les viandes blanches, les fruits acides et sucrés; l'usage longtemps continué de boissons aqueuses, délayantes ou acidules, les promenades en plein air et dans des lieux frais pendant l'été, la modération dans les plaisirs de l'amour, le calme et la tranquillité d'esprit, la cessation de tout travail intellectuel, sont autant de conditions favorables dont ils doivent s'environner. Les signes qui annoncent que l'état du malade s'améliore, ou que sa condition est modifiée, sont les suivants : la figure n'est plus rouge ni gonflée, l'injection des conjonctives et le battement des artères diminuent, le malade ne sent plus cette torpeur, cet engourdissement, qu'il

éprouvait dans tous les membres ; le sommeil est moins profond ; l'intelligence reprend son activité et sa lucidité premières ; la tête n'est plus lourde ni embarrassée ; en un mot, l'encéphale n'est plus congesté par le sang. On conçoit que ces changements ne s'opèrent qu'avec lenteur, surtout si l'état de pléthore existe depuis plusieurs années. L'homme qui se livre sans cesse aux travaux de l'esprit, et dont l'encéphale est toujours en fonction, devra renoncer en grande partie à ses occupations intellectuelles, se priver de vin, de café, de boissons alcooliques, et de toutes les substances dont l'action stimulante porte sur le cerveau. Lorsque le régime diététique n'a produit aucun effet appréciable, il doit être plus sévère ; une diète purement lactée ou végétale, des boissons aqueuses, prises en grande abondance, seront prescrites tant que le système circulatoire n'aura pas repris son calme habituel, tant que la circulation cérébrale ne sera pas revenue à son état physiologique. Ces préceptes s'appliquent particulièrement à l'homme dont le cœur est hypertrophié.

» On enlèvera avec le plus grand soin toutes les parties de l'habillement qui peuvent empêcher le retour du sang veineux ; les liens, les cravates fortement serrées autour du cou, peuvent être la cause d'une congestion dont on ne soupçonne pas l'origine. On rapporte des observations d'apoplexies survenues chez des hommes qui, soumis trop aveuglément à l'empire de la mode, ou voulant donner à leur physionomie une apparence de santé en se serrant fortement le cou, ont été frappés de cette affection.

» La constipation étant chez quelques personnes une cause d'hypérémie, il importe de la combattre à l'aide de lavements émollients, ou de légers purgatifs salins. Il semble que cette cause n'a pas été sans quelque influence dans certaines apoplexies. Il n'est pas rare de voir la céphalalgie, l'engourdissement, la torpeur, se manifester chez quelques hommes adonnés à des travaux sédentaires, chaque fois que les matières excrémentitielles s'accumulent dans le gros intestin.

» *Modifications pharmaceutiques.* — Lorsque l'individu menacé d'hémorrhagie a été placé dans ces conditions favorables, on peut alors recourir à l'usage de remèdes plus actifs. Rappelons que l'indication la plus importante est de vider les vaisseaux de l'encéphale. Les agents thérapeutiques doivent tendre à ce but ; il est donc nécessaire : 1° de soustraire une certaine quantité de sang, afin de diminuer sa masse et de ralentir la circulation générale ; 2° de désemplir les vaisseaux du cerveau ; 3° de prévenir le retour de la congestion ou de l'apoplexie par un sage emploi de tous les modificateurs.

» On a recommandé avec raison les saignées générales et locales. Elles ont seulement l'inconvénient de mettre l'homme qui y a recours dans la nécessité d'y revenir une ou plusieurs fois par an. Les sujets d'une constitution athlétique, ceux dont le cœur est hypertrophié et qui éprouvent habituellement de violentes céphalalgies, des battements incommodes dans la tête, des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements, doivent se faire pratiquer une saignée de 12 à 15 onces avant que ces symptômes s'aggravent. Le sang doit couler par une large ouverture. Peu de temps après cette opération, souvent même quelques instants après que la piqûre est faite, ces individus éprouvent un soulagement marqué. Si la congestion cérébrale existait déjà, on répéterait la saignée plusieurs fois. Il est rare que pour une simple disposition à l'hypérémie et même à l'hémorrhagie, on ait besoin de prescrire successivement plusieurs saignées ; cependant on ne devrait pas hésiter à le faire, si l'on n'avait obtenu aucun effet de la première, et si la congestion restait aussi forte.

» En général, la saignée est préférable aux applications de sangsues lorsque le malade est robuste, pléthorique, disposé aux hémorrhagies nasales, lorsque ses artères battent avec force, et que tous les vaisseaux distendus par un fluide riche et abondant ont besoin d'être désemplis. Nul doute alors qu'il ne faille recourir de préférence à la saignée de la veine. Mais chez d'autres sujets qui nous présentent tous les attributs du tempérament bilieux ou nerveux, qui nous offrent une constitution grêle et délicate, faudra-t-il l'employer dès que l'on verra paraître les premiers signes qui annoncent assez souvent la congestion cérébrale? Nous n'hésitons pas à

dire que la saignée générale est encore le moyen le plus efficace et le plus rapide de combattre la maladie. Du reste, on devra consulter, dans ces cas, l'état du cœur ; si ses battements sont forts et énergiques, s'il se présente quelques symptômes d'une hypertrophie commençante, la saignée devra être mise en usage. Il sera plus avantageux, au contraire, de placer des sangsues derrière les oreilles, sur les apophyses mastoïdes, le trajet des jugulaires, au-dessous des angles de la mâchoire ou sur les tempes, si la congestion ou la tendance à l'apoplexie est due à un travail intellectuel prolongé et à la circulation très énergique des capillaires de l'encéphale. Deux conditions organiques très différentes se rencontrent quelquefois chez le même malade : la première est l'état général qui peut contre-indiquer l'emploi de la saignée ; la seconde, l'état purement local du cerveau. Il peut arriver que l'encéphale soit congesté, que sa nutrition soit plus active, et qu'en même temps la constitution du sujet soit affaiblie, et contraste singulièrement avec la violence et la vitalité du cerveau ; dès lors il convient de modifier la méthode de traitement.

» La constitution caractérisée par la prééminence des fonctions cérébrales, exige une certaine mesure dans l'emploi de la saignée, soit locale, soit générale. Il est quelques malades chez lesquels l'hyperémie tient à une irritation chronique de la pulpe nerveuse, irritation qui se produit, par intervalles, avec une intensité nouvelle. La saignée locale convient mieux dans ce cas, mais elle ne réussit pas toujours ; souvent elle exaspère les accidents ou tout au moins est impuissante à les faire disparaître. En examinant le malade on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il faut recourir à d'autres moyens thérapeutiques. Il importe quelquefois de chercher à détourner cette congestion habituelle, à l'aide d'un point d'irritation entretenu artificiellement, tel qu'un vésicatoire, un cautère ou autre séton. Fodéré, Macbride, Portal, s'accordent à reconnaître les bons effets de ces exutoires. Portal faisait mettre à quelques uns de ses malades, disposés aux congestions ou à l'apoplexie, un séton à la nuque ou deux cautères au cou à la manière de Pott (Portal, *Observ. sur la nature et le traitement de l'apoplexie*, p. 131). Sans regarder ce moyen primitif comme infaillible, ainsi que l'ont pensé plusieurs auteurs, on ne peut méconnaître les services qu'il a rendus. L'action dérivative des exutoires est utile, non seulement chez les hommes nerveux, dont l'encéphale est sans cesse excité, mais aussi chez les hommes pléthoriques.

» Nous n'avons parlé jusqu'à présent que des saignées pratiquées sur les veines des bras ou les vaisseaux de la tête. On peut encore recourir, dans tous les cas indiqués précédemment, aux saignées révulsives. Elles consistent à placer des sangsues à l'anus, à la vulve, à la partie externe des cuisses ou aux malléoles ; on peut aussi ouvrir les veines du pied. Les médecins qui ont vanté cette pratique adoptée par les anciens se proposent de désemplir à la fois les vaisseaux et d'imprimer au sang un nouveau cours en l'appelant vers les extrémités inférieures. Nous reviendrons, en parlant du traitement de l'attaque, sur cette manière d'agir des saignées dites révulsives que M. Chauffard a préconisées (*Des avantages de la saignée révulsive dans la plupart des maladies de la tête*, *Archiv. génér.*, mars 1836, p. 289). Il est quelques conditions individuelles qui réclament plus spécialement l'emploi des saignées révulsives : les sujets hémorrhoïdaires, les femmes mal réglées se trouvent dans ce cas. On voit tous les jours des sujets robustes éprouver des douleurs de tête, des palpitations, des étourdissements, des épistaxis, lorsque les tumeurs hémorrhoïdales cessent de fournir du sang ; il n'est même pas besoin que l'écoulement sanguin soit entièrement arrêté pour voir survenir les symptômes d'une véritable congestion. On s'empressera de suppléer à cette perte de sang devenue nécessaire par une ou plusieurs applications de sangsues. Il est même quelques circonstances dans lesquelles on pourrait imiter la nature, en tâchant de produire, à des intervalles réguliers, une congestion sanguine à la partie inférieure du rectum. Ces hémorrhoïdes artificielles conviendraient particulièrement aux hommes pléthoriques chez lesquels la masse du sang est trop considérable.

» Les femmes se trouvent placées dans

les mêmes conditions que les sujets hémorrhoïdaires, lorsque leurs règles cessent de couler soit accidentellement, soit par suite des progrès de l'âge. Dans le premier cas, la seule indication est de rappeler le flux menstruel; dans le second, de chercher à y suppléer par des applications de sangsues à l'anus. Il arrive tous les jours que des femmes qui ont passé le temps critique sans aucun orage, sont prises, quatre ou cinq ans plus tard, de tous les symptômes précurseurs de la congestion cérébrale; elles deviennent fortes, replètes, disposées à la pléthore, comme si l'appareil circulatoire s'enrichissait de tout le sang qui s'écoulait par les voies génitales.

» Il est encore quelques agents thérapeutiques que le médecin ne doit pas négliger : les bains de pieds sinapisés, ou rendus plus stimulants par les acides nitrique, hydrochlorique; les vêtements de laine qui, par l'irritation et la chaleur qu'ils développent, appellent les fluides vers la périphérie cutanée; les purgatifs salins tels que le sulfate de magnésie, de soude, l'huile de ricin, de croton-tiglium, le calomélas; tous ces modificateurs thérapeutiques sont utiles pour prévenir l'apoplexie; ils suffisent même pour guérir l'hyperémie du cerveau. Il est certaines précautions à prendre lorsqu'on veut obtenir quelques succès dans l'administration des purgatifs; on ne doit pas les donner indifféremment à tous les sujets; ceux dont le canal intestinal est peu irritable, ceux dont la susceptibilité nerveuse est très faible ou même nulle, les hommes à tempérament lymphatique et sanguin sont quelquefois débarrassés en peu de temps de la congestion opiniâtre qui les tourmente, par l'usage de l'huile de ricin, ou deux ou trois gouttes d'huile de croton. On s'abstiendra, au contraire, de ces purgatifs, chez les individus nerveux, dont l'intestin et le foie sont le siége d'une irritation chronique. La coloration jaune répandue sur la peau, l'acuité de tous les sens, la vivacité de l'esprit, la constitution grêle et sèche, les font aisément reconnaître. On serait d'autant plus tenté de leur offrir des purgatifs, qu'ils sont presque toujours en proie à une constipation habituelle, et que la diminution des fluides qui doivent couler à la surface de l'intestin, la faiblesse de la contraction des tuniques musculeuses, semblent réclamer l'emploi de médicaments propres à combattre cet état du tube digestif. Il n'y aurait pas d'inconvénient à essayer dans ces circonstances les minoratifs, tels que la crème de tartre soluble, la pulpe de tamarin, la manne, le petit-lait ou le jus de pruneaux, soit seuls, soit unis au sulfate de magnésie ou de soude, à la dose de 2 à 4 onces; le nitrate de potasse à la dose de 24 à 40 grains, vanté par plusieurs médecins qui lui accordent des propriétés spécifiques. On peut encore employer dans ces cas les lavements émollients ou rendus purgatifs à l'aide d'hydro-chlorate de soude, de sulfate de magnésie, d'huile de ricin ou de lavements composés avec le séné. Qu'on ne s'étonne pas de nous voir donner autant d'importance à un symptôme aussi minime en apparence que la constipation; car nous avons déjà remarqué qu'elle était souvent l'unique cause de la congestion cérébrale, et annonçait quelquefois l'irritation des parties supérieures de l'intestin.

» Il ne nous reste plus qu'à faire connaître les prétendus spécifiques employés tour à tour pour prévenir l'apoplexie. Notre tâche serait longue si nous voulions passer en revue la liste de tous les remèdes empiriques qui ont été proposés; aujourd'hui elle est singulièrement abrégée par les progrès de la médecine qui les a justement fait tomber dans l'oubli. Pour prouver jusqu'à quel point les anti-apoplectiques ont été en vogue parmi les médecins des temps passés, rapportons les lignes suivantes empruntées à Portal; elles nous apprennent que les remèdes les plus opposés par leurs propriétés pharmaceutiques étaient préconisés dans l'apoplexie : « Divers malades, qui m'ont consulté, ont été préservés de l'apoplexie par les sudorifiques, les décoctions de graines de bardane, de salsepareille, aiguisées avec l'alcali volatil; les antiscorbutiques..... On a aussi prescrit les robs composés des extraits de digitale, d'ellébore blanc, de polygala, de cloportes, de sel de tartre; avec quelques grains d'éthiops minéral, d'aloès; l'usage des errhinés, des masticatoires plus ou moins excitants, de quelques hydragogues... » Nous ne poursuivrons pas l'énumération de tous ces médicaments

qui sont inutiles et même nuisibles, en ce qu'ils excitent la circulation. On regrette de voir Portal ajouter quelque croyance à l'efficacité de semblables remèdes. » (Delaberge et Monneret, *loc. cit.*, t. I, p. 274.)

Traitement curatif. — Lorsqu'un individu vient d'être frappé d'une attaque d'apoplexie, il est quelques précautions utiles à observer avant de recourir à un traitement actif. Il faut d'abord découvrir la tête du malade, la maintenir plus élevée que les membres inférieurs, ôter tous les liens et les vêtements qui pourraient gêner la circulation du thorax ou de la tête. L'air qui l'environne doit être frais et convenablement renouvelé; il importe aussi qu'on n'imprime aucun mouvement au corps de l'apoplectique, et surtout qu'on ne lui fasse respirer aucune liqueur stimulante et volatile, ni boire aucune eau aromatique ou spiritueuse. Toutes ces pratiques ont pour fâcheux effet de porter au cerveau une quantité plus grande de sang, et d'entretenir le *molimen hemorrhagicum.* Notre recommandation, inutile pour les hommes de l'art qui en apprécient la valeur, est négligée par les gens du monde, qui s'efforcent par tous ces moyens de rappeler le moribond à la vie. Tissot a conseillé de lier fortement les cuisses sous les jarrets, afin d'empêcher le sang de revenir des extrémités à la tête; mais si une pareille ligature, qui n'a point été condamnée par les contemporains, empêche le sang de monter des extrémités vers la tête, elle l'empêche aussi de descendre de la tête vers les extrémités, et il est douteux que l'avantage soit plus grand que l'inconvénient. M. Blaud a conseillé plus rationnellement la compression des carotides; il reste à savoir pendant combien de temps il serait facile de continuer cette compression, et si on pourrait la faire sans gêner en même temps le cours du sang veineux.

Quoi qu'il en soit de l'utilité de ces moyens, de ces précautions, une fois que les uns ont été employés, et que les autres ont été prises, il faut promptement recourir à des moyens plus énergiques.

Parmi ceux auxquels on a attribué une influence souveraine, il en est un grand nombre qui ne se recommandent que par le ridicule : tel est, par exemple, celui qui consiste à placer quelques grains de sel dans la bouche des malades ou même dans leur poche. M. Rochoux a bien stigmatisé tous ces préjugés absurdes; mais peut-être vaut-il mieux passer immédiatement à l'étude de moyens plus sérieux, que de perdre son temps à critiquer ceux qui évidemment ne peuvent servir à rien.

Évacuations sanguines. — Le moyen par excellence, on pourrait presque dire le seul véritablement énergique, et le seul à peu près unanimement admis, est la saignée locale et surtout générale. Il serait sans doute inutile de rapporter l'opinion des auteurs qui la préconisent, et nous préférons faire connaître les conseils, peut-être quelquefois un peu hypothétiques, mais en général fort sages, que donne M. Gendrin sur l'emploi de la médication antiphlogistique.

« Les limites dans lesquelles il convient de circonscrire l'effet immédiat des saignées dans les apoplexies sont d'abord déterminées par cette règle générale que, même pour faire cesser une congestion sanguine, il faut que les grandes fonctions, et particulièrement celle de la circulation et de l'hématose, s'accomplissent avec un certain degré d'énergie; cette nécessité est plus impérieuse encore pour les congestions sanguines cérébrales, en raison des conditions spéciales auxquelles se trouve soumise la circulation encéphalique par rapport à la circulation générale.

» Si le pouls, exploré surtout aux temporales, présente un certain degré de développement, si la respiration s'accomplit librement, si la chaleur des téguments est normale, si les capillaires de la face sont gonflés par le sang, si la saillie des veines sous-cutanées de la tête surtout est prononcée, si les yeux sont injectés, rien ne contre-indique la saignée : ni l'âge avancé du malade, ni la préexistence d'une disposition à l'anasarque, ni un état de maigreur porté très loin, etc. La crainte d'avoir à traiter une apoplexie séreuse n'arrête plus aujourd'hui qu'on sait bien que, comme toutes les autres causes immédiates des apoplexies, l'augmentation de sérosité en excès dans les cavités encéphaliques provient aussi d'un état d'hyperémie.

» Si cependant toutes ces conditions ne contre-indiquent pas directement les émissions sanguines, il n'en faut pas moins

tenir un grand compte, pour limiter l'effet de ce moyen thérapeutique avec une grande réserve, et pour obéir seulement à l'indication précise qui résulte de la nature de la maladie. La rapidité avec laquelle les apoplexies, dans ces cas, acquièrent un degré auquel il serait dangereux d'avoir immédiatement recours aux saignées, fait de la présence de ces conditions une sorte de contre-indication indirecte à l'emploi de ce moyen. La difficulté avec laquelle ces apoplectiques se rétablissent de l'ébranlement que leur organisme a reçu de l'attaque d'apoplexie elle-même et des moyens qu'on lui a opposés est d'ailleurs toujours un motif de ménager les forces, en se montrant avare de leur principe immédiat.

» La pratique des émissions sanguines est dangereuse quand l'apoplexie est arrivée à ce degré d'intensité auquel elle a profondément troublé et affaibli la circulation et, par suite, toutes les fonctions immédiatement nécessaires à la vie. Ainsi, ce serait hâter et souvent déterminer l'issue funeste de la maladie que de recourir à la saignée chez un apoplectique dont le pouls serait petit, mou, concentré, et plus ou moins irrégulier et intermittent, surtout si en même temps la respiration était pénible, accélérée et superficielle; si les veines et les capillaires cutanés étaient pâles ou gonflés par un sang noirâtre donnant à la peau une teinte livide; si les veines sous-cutanées étaient effacées; si les tempes étaient couvertes d'une sueur visqueuse. si les téguments étaient refroidis. Dans cet état de gravité extrême de la maladie, l'effet immédiat de la saignée portant sur tout l'appareil circulatoire, agent intermédiaire indispensable de son action sur l'appareil vasculaire encéphalique, épuiserait directement les dernières forces du malade. C'est à une indication opposée qu'il faut alors satisfaire; il faut relever par des moyens stimulants des forces qui sont presque évanouies, et l'action des grands organes dont les fonctions entretiennent immédiatement la vie. Il faut d'abord faire vivre le malade pour tâcher ensuite de le guérir.

» Ces contre-indications directes à l'emploi de la saignée dans l'apoplexie sont trop souvent méconnues. Dans l'état morbide qu'elles représentent, il serait aussi dangereux d'avoir recours à la saignée qu'il serait utile de le faire quand la maladie, bien qu'arrivée à un haut degré d'intensité, n'a cependant pas encore compromis si profondément l'action des organes principaux : c'est en rapprochant ces états apoplectiques, qui ne diffèrent que d'intensité, que Celse faisait ressortir les indications contradictoires qu'ils fournissent, en disant que, lorsqu'il y a résolution complète de tous les membres, la saignée tue ou guérit.

» *Comment on doit satisfaire aux indications peu prononcées de la saignée chez les apoplectiques.* — Les contre-indications à l'emploi de la saignée chez les apoplectiques, lorsqu'elles ne sont qu'imparfaitement prononcées, équivoques et en quelque sorte imminentes, prescrivent au praticien de redoubler de prudence, d'autant plus qu'on se laisse entraîner à pratiquer à ces malades des émissions sanguines larges et rapides, et que cette pratique semble justifiée par les exemples assez nombreux que les auteurs ont rapportés d'apoplectiques arrivés au plus haut degré de sidération des forces que des saignées hardies ont pour ainsi dire ressuscités. Mais il faut aussi savoir que cette médication, trop rapidement débilitante, précipite quelquefois l'état si grave que tout à l'heure nous signalions, et imprime à la maladie une marche plus rapidement funeste. C'est dans ces cas, comme l'avait déjà remarqué Arétée, qu'il est difficile de déterminer dans quelles limites il faut tirer du sang : une saignée modérée est utile, et une saignée trop considérable peut compromettre la vie du malade. Pour éviter ce double écueil, nous ne pratiquons la saignée avec hardiesse, chez les apoplectiques, que lorsque nous trouvons les indications précises que nous avons exprimées, et si d'ailleurs les sujets sont placés dans des conditions spéciales de pléthore et d'habitude de congestions sanguines, d'hémorrhagies ou de phlegmasies aiguës, etc. Dans les cas où les indications sont moins tranchées, nous saignons avec beaucoup de mesure, préférant revenir à l'émission sanguine, suivant l'effet qu'en aura éprouvé le malade, que de nous exposer à dépasser le but. Si l'indication des émissions sanguines nous semble encore moins évidente,

nous pratiquons une très faible saignée explorative, pour nous déterminer ensuite suivant son résultat.

» Nous avons été bien des fois frappés, lorsque les malades ne présentent pas les indications tranchées et pressantes des émissions sanguines, de la lenteur et de la difficulté avec lesquelles ils surmontent la faiblesse que produit immédiatement la saignée abondante, et qui vient s'ajouter encore aux accidents de la maladie ; tandis que nous avons bien souvent remarqué, dans ces cas, qu'une saignée peu considérable, ne produisant qu'une débilité très passagère, était presque toujours suivie d'une diminution des accidents apoplectiques. Une évacuation sanguine modérée a souvent alors pour résultat de favoriser le développement du pouls, de rendre la respiration plus profonde et plus large, de déterminer l'établissement de sécrétions et d'excrétions abondantes et faciles; elle prépare souvent ainsi l'indication évidente d'une nouvelle émission sanguine, qui est alors le plus ordinairement suivie d'une amélioration encore plus prononcée. Ainsi, la conséquence qui ressort pour nous des observations cliniques, c'est que, excepté dans les cas d'apoplexie dans lesquels les indications directes des émissions sanguines sont très prononcées, il vaut mieux pratiquer plusieurs saignées peu considérables. On mesure leurs intervalles sur la réaction qui succède à la débilité qui est toujours, jusqu'à un certain point, l'effet immédiat de la soustraction du sang.

» *Principe important sur les effets de la saignée chez les apoplectiques.* — Nous attachons une si grande importance aux règles que nous venons de poser sur l'emploi des saignées chez les apoplectiques, et surtout aux indications qu'on tire de l'effet même de la saignée, que nous conseillons, comme principe cardinal du traitement de ces maladies, d'interroger toujours avec grand soin et avant tout l'état des forces, principalement dans l'action du cœur et des poumons. Dans les cas où l'effet immédiat de la saignée est de relever le pouls et de rendre la respiration plus facile, il faut réitérer l'émission sanguine; si au contraire il a pour résultat de produire une grande débilitation, nous regardons comme impérieusement indiqué de favoriser par des stimulants une réaction rapide, même dans la prévision de la nécessité de revenir aux émissions sanguines. La stimulation qu'on produit ainsi ne s'étend pas à l'encéphale tant qu'on la resserre dans de justes limites; elle agit d'abord sur le centre circulatoire, et dès qu'elle a relevé le pouls et rétabli l'activité de la circulation, elle doit être interrompue. Il suffit de comparer la rapidité avec laquelle s'accomplit la résolution d'une hypérémie quelconque chez les sujets vigoureux, à système circulatoire actif, à la lenteur de cette résolution chez les hommes faibles, à circulation languissante, pour reconnaître que la méthode du traitement que nous exposons ressort de la nature même des choses.

» *Modifications des indications de la saignée selon les progrès de la maladie.* — A mesure qu'on s'éloigne de l'invasion de l'apoplexie, l'indication de la saignée devient moins urgente, parce que les symptômes apoplectiques qui se lient directement à la congestion encéphalique diminuent, et que c'est sur l'intensité de ces symptômes que se mesure la nécessité de pratiquer et de réitérer les émissions sanguines. Si la maladie ne dépendait que d'une simple congestion ou d'une augmentation accidentelle de la quantité du fluide séreux encéphalique, la diminution des accidents conduit immédiatement à leur cessation ; la saignée n'est plus alors indiquée que dans quelques cas exceptionnels, comme si après avoir peu tiré de sang d'abord, l'on voyait persister les symptômes précurseurs d'une nouvelle attaque.

» *Indications spéciales de la saignée par les accidents des paraplexies.* — Dans les paraplexies, les symptômes initiaux ne cèdent que pour laisser subsister les accidents qui se rattachent immédiatement à la lésion encéphalique que l'hémorrhagie a produite. La présence de cette lésion, la phlegmasie réparatrice dont elle est la cause, et par laquelle seule elle peut guérir, indiquent les émissions sanguines comme les indiquent toutes les phlegmasies qui acquièrent un certain degré d'intensité. Il ne faut pas oublier qu'on ne peut obtenir la résolution de cette phlegmasie et qu'elle ne peut se terminer heureusement que par une cicatrice; on ne

pourrait donc raisonnablement tenter d'en intervertir le cours.

» Tant que l'affection cérébrale des paraplectiques est modérée et ne produit que des symptômes peu graves, la saignée n'est réellement motivée que par des indications accessoires, comme dans toutes les inflammations; savoir, un état pléthorique, une disposition prononcée à la congestion cérébrale, etc. Mais si la phlegmasie réparatrice encéphalique occasionne des accidents cérébraux ou pyrétiques prononcés, il est urgent d'en modérer l'intensité par des moyens actifs parmi lesquels la saignée trouve sa place, pour peu qu'elle ne soit pas devenue contre-indiquée par de trop larges déplétions sanguines faites auparavant, ou par un état de débilité constitutionnelle ou accidentelle chez le malade. La prévision d'accidents cérébraux assez intenses pour exiger des émissions sanguines ultérieures, est donc encore un motif pour y recourir avec mesure au début des paraplexies.

» Enfin, la saignée chez les sujets paralytiques, par suite d'une hémorrhagie cérébrale encore récente, est indiquée comme moyen de prévenir la manifestation de nouvelles attaques de congestions cérébrales et même d'hémorrhagies. L'imminence de ces attaques est toujours instante par suite de l'inflammation réparatrice qui s'accomplit dans le cerveau. Cette inflammation entretient un certain degré d'hypérémie qui peut prendre accidentellement et par la moindre cause une plus grande importance. Ces conditions suffisent pour indiquer de maintenir, chez les sujets qui les réunissent, l'impulsion circulatoire à un certain degré de faiblesse, que la saignée est le moyen direct d'obtenir; elle est dans ces cas indiquée comme moyen urgent, dès qu'il se manifeste la moindre apparence de prodromes d'apoplexie qui annonce l'imminence d'une attaque. L'indication de recourir aux saignées devient encore plus urgente dans ces cas, quand l'apoplexie a été produite par une maladie qui persiste encore et qui exerce une action directe sur la circulation; telles sont les maladies du cœur et des gros vaisseaux. Les récidives de l'apoplexie dans ces cas sont d'autant plus à redouter que la maladie primitive persiste. Les saignées sont alors indiquées à la fois par l'imminence de l'apoplexie et par la nature de la maladie primitive, dont elles modèrent directement l'influence sur l'organisme et surtout sur l'encéphale, en atténuant l'intensité du trouble qu'elle cause dans la circulation.

» *Du choix du lieu des saignées à pratiquer contre les apoplexies.* — Toutes les règles que nous venons de tracer sur l'emploi des émissions sanguines s'appliquent aux saignées générales. Comme nous n'avons déduit l'utilité de ce moyen que de son influence immédiate sur la circulation considérée dans son ensemble, nous n'avons attaché aucune importance au lieu par lequel la saignée était pratiquée, parce qu'en réalité l'effet que nous avons en vue s'obtient par toutes les émissions sanguines. Les veines du pli du bras sont celles qui fournissent le plus facilement et le plus promptement la quantité de sang qu'on veut extraire; aussi a-t-on le plus souvent recours à l'incision de ces veines. Il faut cependant attacher de l'importance au choix du vaisseau qui doit être ouvert, en raison de l'action immédiate de la déplétion sanguine sur la portion de l'appareil circulatoire qui la supporte directement.

» On doit aussi apprécier l'utilité de cette action immédiate, principalement sous le rapport d'hyperémies ou d'hémorrhagies habituelles, à la manifestation ou à la suppression desquelles la production de l'apoplexie peut être liée d'une manière plus ou moins directe. Mais il ne faut pas, comme le faisaient nos devanciers, attacher trop d'importance à cet effet local de la déplétion directe des vaisseaux, car le mécanisme de la circulation et la structure de l'appareil par lequel elle s'exécute, montrent bien qu'il est souvent contestable, toujours très fugace et surtout sans influence directe sur la circulation encéphalique.

» *Appréciation de l'effet des saignées de la jugulaire.* — Nicolas Pison, Montanus, Fabrice de Hilden, Freind, etc., conseillaient de saigner les veines jugulaires externes chez les apoplectiques. Ces veines ne proviennent que des parties externes de la tête; si elles agissaient sur la circulation encéphalique, ce serait en accélérant la circulation dans tout l'appareil vascu-

laire qui provient de la carotide externe, au détriment de la circulation dans la carotide interne; l'action continue et non modifiée des artères du côté opposé et des artères vertébrales, et celle des anastomoses de ces artères à la base du cerveau annulent cet effet. On obtient, d'ailleurs, plus sûrement le même résultat de la section d'une des veines du bras par l'intermédiaire de l'artère brachiale, axillaire et sous-clavière dans lesquelles on peut supposer qu'elle hâte la circulation. La saignée du bras diminue donc très probablement, avant d'agir sur le reste du système circulatoire, la quantité de sang qui pénètre dans les carotides et même dans les vertébrales. La saignée de la jugulaire ne nous semble donc avoir d'autre effet sur l'apoplexie que son effet spoliatif, et sous ce rapport on arrive bien plus facilement au même résultat par la saignée du bras.

» *Appréciation des effets de la saignée de la saphène contre l'apoplexie.* — La saignée de la saphène a une action révulsive sur la circulation encéphalique évidemment plus prononcée que celle des autres saignées, et dont on tirerait plus d'utilité comme moyen de diminuer l'hyperémie encéphalique, si elle n'était atténuée par la lenteur et le peu d'abondance ordinaire de l'écoulement du sang. Cette hémorrhagie veineuse artificielle diminue nécessairement la quantité de sang apportée au cœur par la veine cave inférieure; elle précipite en même temps la circulation artérielle vers les extrémités abdominales. Il résulte nécessairement de cette modification temporaire une diminution de l'influence de la circulation sur l'encéphale et une accélération de la circulation veineuse des parties supérieures vers le cœur. Lancisi faisait reposer sur son expérience clinique la préférence qu'il donnait à la saignée de la saphène sur la saignée des autres veines, surtout pour la curation de l'hémiplégie apoplectique. Nous croyons qu'on néglige trop généralement d'y avoir recours dans les cas où il s'agit moins de combattre par une rapide et facile déplétion la pléthore générale, que de favoriser la résolution de la congestion cérébrale, surtout à la période de la phlegmasie réparatrice qui survient dans le foyer hémorrhagique.

» *Appréciation des effets de l'artériotomie contre l'apoplexie.* — La saignée artérielle de la temporale, conseillée par Heister, a été depuis lui appliquée par divers praticiens au traitement de l'apoplexie. Les faits publiés sur les effets de ce moyen sont contradictoires. On a expliqué les insuccès que l'on a le plus souvent retirés de son application par la nécessité de pratiquer la compression pour arrêter le sang. Cette manœuvre est, en effet, dangereuse chez les apoplectiques; mais elle peut être évitée : on arrête facilement l'hémorrhagie artérielle par une suture entortillée qui n'a aucun inconvénient. Nous avons eu souvent recours à l'artériotomie en déterminant de cette manière l'occlusion de l'artère incisée en travers. Nous ne l'avons, à la vérité, appliquée qu'à des cas très graves; nous n'en avons jamais obtenu d'avantages non seulement plus prononcés que ceux que nous a donnés la phlébotomie, nous n'avons pas même été assez heureux pour voir arriver, par suite de cette saignée artérielle, une diminution passagère de l'état apoplectique qui résulte souvent de la saignée veineuse, même dans les cas où elle est impuissante pour prévenir l'issue funeste de l'hémorrhagie grave.

» La saignée artérielle soustrait directement du sang revivifié : n'est-ce pas là un grave inconvénient dans une maladie qui devient rapidement mortelle en enrayant l'hématose?

» *De la saignée directe des sinus cérébraux.* — Parlerons-nous de la saignée directe des sinus cérébraux pratiquée par la perforation du crâne? Malgré tout le respect que nous avons pour Callisen, qui l'a conseillée, nous n'hésitons pas à en réprouver l'emploi, et nous ne voyons pas même la nécessité de donner les motifs de notre réprobation.

» *Appréciation de l'effet des saignées locales par rapport à l'apoplexie.* — Les saignées locales réunissent l'effet de la déplétion immédiate des vaisseaux à celui de l'afflux sanguin qu'elles provoquent sur les parties qu'elles intéressent au détriment de la circulation des parties profondes voisines ou éloignées. C'est sous ce double rapport de la déplétion sanguine et de l'action dérivative et révulsive que ces moyens de traitement ont été opposés aux

apoplexies. Ils conviennent spécialement dans les cas où la nécessité de ménager les forces du malade indique de ne tirer du sang qu'avec beaucoup de circonspection ; ainsi pour modérer l'intensité de la cérébrite consécutive à l'épanchement sanguin, quand de larges saignées ont été opposées aux accidents initiaux, les saignées locales sont d'autant plus utiles qu'on peut, en les réitérant, rendre leur effet plus puissant.

» *De la saignée locale opérée sur la tête contre l'apoplexie.* — La saignée locale à laquelle on a le plus anciennement eu recours contre ces maladies est celle que l'on obtient par les ventouses scarifiées appliquées sur la tête ou sur le cou. Arétée conseille de tirer largement du sang de la région occipitale au moyen de ventouses scarifiées, lorsque l'apoplexie se prolonge. Cette saignée locale est, selon lui, plus utile que la phlébotomie, et ne diminue pas les forces du malade. Fracastor, frappé d'apoplexie et ne pouvant parler, s'efforçait d'indiquer par signes qu'on lui appliquât des ventouses scarifiées à l' occipital. Rivière place au premier rang des remèdes contre l'apoplexie l'application des ventouses scarifiées sur la tête. Zacutus Lusitanus rapporte comme exemple de l'efficacité de ce moyen le fait d'un jeune homme près de mourir et n'ayant déjà plus de pouls, qu'il rétablit par de profondes scarifications à l'occiput. Mead invoque son expérience clinique sur la grande utilité de ce moyen dans les apoplexies les plus graves. Morgagni a joint en faveur de ce moyen thérapeutique son témoignage à celui de ses prédécesseurs.

» De si grandes autorités suffiraient pour qu'on dût attacher une grande importance à cette saignée locale ; mais nous la conseillerons encore d'après l'appréciation de ses effets immédiats, quand même nous n'aurions pas vérifié au lit des malades combien elle est préférable aux autres saignées locales. Les anastomoses directes et médiates des veines occipitales avec les canaux veineux du crâne, et les sinus crâniens et vertébraux, expliquent l'influence dérivative facile que l'on exerce sur l'appareil circulatoire encéphalique par les saignées de l'occiput, dans lesquelles l'effet de la perte de sang est augmenté encore par celui de la suspension de la pesanteur de l'air qui résulte de l'action de la ventouse.

» Les ventouses scarifiées à l'occiput ne peuvent remplacer les saignées générales, parce qu'elles opèrent une trop faible déperdition de sang pour agir comme elles sur tout l'appareil circulatoire ; mais dans les cas où la saignée générale ne peut être pratiquée à cause de l'état de dépression de toutes les forces ou de débilitation des grandes fonctions, ou bien après la saignée générale, lorsqu'il ne s'agit plus que de faire cesser par une action locale les dernières traces de la congestion cérébrale, ou enfin quand il ne faut que modérer l'intensité de la phlegmasie réparatrice qui succède à la lacération du cerveau par une hémorrhagie, les ventouses scarifiées à l'occiput ne peuvent être trop fortement recommandées. Nous y avons habituellement recours dans ces cas, et l'observation clinique nous a appris qu'il n'est point de saignée locale plus efficace, pourvu que les scarifications soient faites avec hardiesse et qu'on les multiplie suffisamment.

» Les applications de sangsues à l'occiput suivies de l'action des ventouses peuvent remplacer les scarifications, mais elles agissent avec moins d'efficacité.

» *Des saignées locales autour de la base du crâne contre l'apoplexie.* — On obtient des effets moins directs des ventouses scarifiées et surtout des sangsues appliquées autour de la base du crâne, aux tempes, sur le front et la nuque. Les applications de sangsues et les ventouses scarifiées derrière les apophyses mastoïdes sont les saignées locales qui nous semblent les plus utiles, après celles de l'occiput. Nous y avons aussi assez souvent recours pour satisfaire aux mêmes indications ; leur action sur la circulation encéphalique se conçoit de la même manière.

» *Des saignées locales pratiquées sur le trajet du rachis dans les apoplexies rachidiennes.* — Les ventouses profondément scarifiées sur toute la longueur du rachis sont une saignée locale qui devrait être très utile dans les apoplexies rachidiennes, à en juger d'après ses bons résultats dans les maladies de la colonne vertébrale. On ne tirerait probablement pas beaucoup

d'utilité de simples applications de sangsues dans ces cas, à cause de la profondeur de la partie malade. Il nous paraîtrait rationnel d'insister beaucoup sur la saignée générale dans cette apoplexie sur laquelle nous manquons d'expérience.

» *Des cas qui exigent des saignées locales faites sur des parties éloignées.* — Les saignées locales pratiquées sur des parties éloignées de la tête sont directement indiquées contre les apoplexies, quand il y a lieu de suppléer à des hémorrhagies supprimées; c'est ainsi qu'elles sont utiles à la marge de l'anus et aux parties génitales, quand la manifestation de l'apoplexie se trouve liée directement ou indirectement à la suppression des hémorrhoïdes ou des menstrues.

» *Les saignées locales sont peu utiles et quelquefois nuisibles comme moyen de déplétion.* — Les émissions sanguines locales ne peuvent presque jamais remplacer, pour la curation ou la prophylaxie des apoplexies, les saignées générales, à moins qu'elles ne soient très abondantes. La lenteur avec laquelle elles s'effectuent permet, pour ainsi dire, à l'appareil circulatoire de rétablir l'état morbide presque à mesure qu'il tend à se déranger. Aussi ces émissions sanguines n'exercent-elles pas sur la circulation centrale cette influence débilitante immédiate qui favorise directement la résolution des congestions. Il faut tirer par la saignée locale une plus grande quantité de sang que par la saignée générale pour obtenir un égal effet déplétif, et l'on a toujours, après les saignées locales très abondantes, surtout chez les apoplectiques, une débilité qui s'établit plus lentement, mais qui est plus grande et plus difficilement réparable qu'après les saignées veineuses générales. Les saignées locales tirent du sang exclusivement des capillaires veineux et surtout artériels; elles produisent ainsi la soustraction d'une certaine quantité de sang revivifié, difficilement réparable, surtout chez les apoplectiques, dont les poumons éprouvent l'influence directe de la maladie encéphalique.

» *Nécessité fréquente de réitérer les saignées locales et même de les rendre presque continues durant un temps prolongé.* — Il est rare qu'une seule saignée locale suffise pour obtenir une diminution durable et suffisante des accidents inflammatoires dont l'encéphale devient quelquefois le siége après l'apoplexie. Il faut presque toujours y revenir plusieurs fois; aussi faut-il pratiquer ces saignées avec réserve, pour se ménager les moyens de les réitérer sans inconvénient.

» Les émissions sanguines locales pratiquées plus ou moins loin du siége du mal, peuvent recevoir de la manière de les pratiquer une activité qui leur donne une efficacité souvent très grande. On peut obtenir par elles un effet continu qui détermine une fluxion permanente peu active en elle-même, mais qui doit à sa durée d'agir puissamment pour faire cesser le mouvement fluxionnaire qui se dirige vers le cerveau, et qui trouve même une cause secondaire dans le travail inflammatoire qui s'y développe. Ainsi, après qu'on a agi par une saignée générale et même par une saignée locale à l'occiput ou derrière les apophyses mastoïdes, si l'encéphale reste dans un état de congestion, l'application réitérée deux ou trois fois dans la journée, pendant plusieurs jours, d'un très petit nombre de sangsues aux poignets ou aux pieds, entretenant sur ces parties une hémorrhagie légère presque continue, a souvent les plus heureux effets. Dans la période des accidents inflammatoires encéphaliques, ce moyen n'a pas de résultats moins avantageux. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. I, p. 597.)

Émétiques. — Cette classe de médicaments qui a inspiré beaucoup de confiance à certains médecins des temps passés ou contemporains, est aujourd'hui à peu près complétement abandonnée par plusieurs motifs.

D'abord, parce que très souvent l'espèce d'engourdissement qui suit l'attaque rend l'estomac rebelle à l'action émétisante et qu'on peut perdre beaucoup de temps avant d'obtenir le vomissement; 2° parce que le vomissement ayant lieu, il est à craindre que les efforts qui l'accompagnent n'augmentent la congestion cérébrale. On réserve donc généralement les émétiques pour les cas où l'on suppose que la réplétion de l'estomac n'a pas été sans influence sur la production de l'apoplexie, et où cette réplétion existe encore; et même dans ces cas, arrive-t-il souvent qu'une saignée

abondante provoque, elle-même, le vomissement.

On donnerait également les émétiques, si l'on pouvait supposer qu'un poison narcotique ou autre a été la cause de l'apoplexie.

Dans le cours de la maladie, plus ou moins longtemps après l'attaque, les émétiques seraient indiqués dans les cas suivants, d'après M. Gendrin :

Purgatifs. — Les purgatifs ont été employés par certains médecins, soit une ou deux fois, soit d'une manière continue pendant plusieurs jours, à l'intérieur ou en lavements, dans le double but de débarrasser les intestins et de produire une irritation dérivative sur leur membrane muqueuse. Ils ne peuvent pas avoir tous les inconvénients des émétiques ; mais ils ont souvent celui de ne pas agir et, par conséquent, d'être au moins inutiles. Il est donc rationnel, à moins d'indications toutes spéciales, de n'en faire usage que dans le cours de la maladie, pour entretenir, autant que possible, la régularité des fonctions.

Laxatifs. — Ces médicaments suffisent assez souvent pour remplir cette dernière indication ; il est convenable alors de s'en tenir à eux.

Topiques irritants. — Ces moyens, depuis les pédiluves jusqu'aux ustions plus ou moins profondes, sont employés, tantôt dès le début de la maladie, plus souvent dès que l'amélioration commence, ou du moins dès que les progrès cessent. Ces moyens sont surtout recommandés par quelques praticiens au moment où des phénomènes de réaction inflammatoire ont lieu autour du foyer. Suivant l'irritant qu'on met en usage, on peut en répéter l'application plus ou moins souvent, quatre ou cinq fois par jour, si l'on fait usage de sinapismes, etc.

Lorsque les symptômes inflammatoires se prolongent, on conseille généralement de substituer les *exutoires profonds* aux irritants passagers.

Dans quelques cas on se propose, par l'application des topiques, d'agir sur l'ensemble des papilles nerveuses et d'y déterminer une vive stimulation ; alors, on promène des sinapismes ou de l'eau presque bouillante, au moyen d'une éponge, sur toute la surface cutanée, on fait respirer des vapeurs irritantes. C'est surtout dans le cas où l'action du cœur et des poumons menace de s'étendre peu de temps après l'attaque qu'on fait usage *in extremis* de ces moyens à peu près toujours inutiles.

Calomel. — Il est sans doute inutile de dire que les Anglais ont préconisé le calomel et vanté l'influence heureuse de la salivation sur la résolution des foyers hémorrhagiques. Notre observation personnelle ne nous permet pas de partager leurs illusions ; nous avons toujours observé que le calomel n'agissait comme tous les autres moyens intérieurs que difficilement, et alors que les malades en avaient pris de fortes doses ; dans ces cas il arrive souvent que des salivations très violentes se manifestent, qu'on voit même se développer des gangrènes de la bouche. Cependant nous ne voulons pas omettre de rapporter ici l'opinion importante de M. Gendrin, qui paraît avoir eu à se féliciter de ce médicament que nous n'emploierons jamais dans les cas dont il s'agit.

Voici comment M. Gendrin s'exprime :

« Dans des cas graves d'accidents cérébraux inflammatoires par suite de l'hémorrhagie cérébrale, nous avons souvent recours au ptyalisme mercuriel, comme au moyen dérivatif le plus puissant peut-être après les épispastiques sur la tête : nous donnons le calomélas à haute dose, un gros à un gros et demi par jour, pendant que nous faisons faire des frictions avec l'onguent mercuriel. La salivation survient avec rapidité, et nous pourrions citer des cas nombreux dans lesquels les accidents ont perdu leur gravité dès que la stomatite mercurielle a été établie. Les accidents locaux, fort douloureux à la vérité, mais exempts de danger, que provoque cette maladie produite à dessein, ne sont pas à mettre en balance pour la gravité avec ceux qui résultent de la maladie cérébrale dont elle peut déterminer la cessation. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. I, p. 617.)

Il est inutile, sans doute, d'ajouter que tous les moyens que nous venons de passer en revue doivent être secondés par des moyens hygiéniques bien entendus, et qui consistent surtout à éviter toutes les causes d'apoplexie que nous avons énumérées, et à continuer la plupart des précau-

tions dont nous avons parlé avant d'aborder le traitement curatif proprement dit.

Traitement des suites de l'apoplexie. — Les symptômes consécutifs à l'apoplexie, qui ont le plus fixé l'attention des médecins, sont les différentes espèces de paralysie. Avant d'énumérer les moyens de traitement mis en usage pour les faire cesser, rappelons que leur cause réside dans les altérations qu'a subies le cerveau. Lorsqu'on propose tous ces médicaments pour la guérison des paralysies hémorrhagiques, on oublie que si les membres restent privés du sentiment et du mouvement, c'est parce que la substance cérébrale déchirée par l'hémorrhagie n'est pas entièrement cicatrisée, et parce qu'elle est devenue incapable d'accomplir les importantes fonctions qui lui sont dévolues. On s'efforce d'agir sur les instruments qui exécutent, tandis qu'il faudrait pouvoir remonter jusqu'à la cause qui les fait agir. Dans quel but toutes ces tentatives auxquelles on a recours, pour rendre aux membres des facultés qui n'émanent que du cerveau? Serait-on plus avancé si on pouvait porter sur le cerveau lui-même l'action des médicaments? Non, certes. Il faut, avant tout, que la substance nerveuse reprenne ses conditions physiologiques destructives, ou du moins que les changements qui se sont opérés dans son organisation moléculaire après le travail morbide qui l'a frappée, soient compatibles avec l'exercice des fonctions auxquelles elle se livrait auparavant. Quelle peut donc être l'utilité de ces remèdes qui excitent le système nerveux quelquefois avec tant d'énergie? Leur moindre inconvénient est de ne produire aucun effet; mais souvent ils provoquent un mouvement fluxionnaire vers le cerveau, raniment l'inflammation ou déterminent une nouvelle hémorrhagie (Lond., *Arch. génér. de méd.*, t. X, p. 61). Nous dirons donc que les paralysies et les accidents divers qu'on observe, doivent être considérés comme de simples symptômes qui ne réclament pas de traitement particulier; que c'est à la lésion première qu'il faut s'adresser (*sublatâ causâ tollitur effectus*), et qu'il faut être bien sûr, avant de rien entreprendre, que le caillot est entièrement résorbé, et la cicatrisation aussi complète que possible. En vain on irriterait, on déchirerait les membres frappés de paralysie; tant que le sang épanché et le caillot n'auront pas été résorbés, du moins en grande partie, on ne parviendra jamais à rendre aux membres le mouvement et la sensibilité qu'ils ont perdus.

Paralysie de la langue. — Le sel, que les gens du monde placent dans la bouche des apoplectiques, est destiné à prévenir la paralysie de la langue et celle des autres parties du corps. Nous parlons de ce moyen ridicule, parce qu'il est quelques médecins qui ont cru à son efficacité. Quelque futile que paraisse l'emploi des masticatoires, tels que le pyrèthre, le poivre long, le piment, le ginseng, le cochléaria, ils ont été recommandés comme capables de faire disparaître la paralysie.

Dans l'amaurose qui tient évidemment à l'hémorrhagie cérébrale, il n'y a que peu de ressources, surtout si les autres paralysies persistent. On peut, toutefois, tenter l'usage des vésicatoires derrière les oreilles, à la nuque, ou même d'un séton et de plusieurs moxas. Albucasis portait dans ce cas le cautère actuel sur le trajet du nerf frontal ou de la suture coronale. On stimule aussi la surface de l'œil par des fumigations aromatiques de benjoin, ou la vapeur irritante d'ammoniaque, ainsi que l'a proposé Scarpa.

La paralysie de la vessie ne persiste pas le plus ordinairement. Dans le cas contraire, on emploie les frictions stimulantes, les emplâtres de poix de Bourgogne couverts d'émétique, ou des vésicatoires. Les bains d'eaux minérales ferrugineuses ou sulfureuses, ou les douches, ont été quelquefois utiles, lorsque la paralysie n'était pas complète.

Hémiplégie. — Ce symptôme, le plus grave et le plus opiniâtre de tous, persiste encore longtemps après les autres. Nous avons dit plus haut que sa cause était dans le cerveau et non pas dans une lésion quelconque des nerfs qui se distribuent aux membres. Les moyens curatifs que l'on a mis en usage, sont de deux espèces : les uns tendent à exciter l'action tonique de tous les tissus, et à rendre plus active l'absorption générale, et celle du cerveau en particulier; les autres ont pour effet de réveiller la sensibilité et le mouvement dans les membres atteints de paralysie,

C'est surtout par un régime convenable que l'on obtiendra la résorption complète du sang épanché. La diète végétale, le calme d'esprit, l'exercice, l'habitation sur le bord de la mer (Paul d'Égine, *De re med.* p. 42), auront une grande part à la guérison des paralysies. Les voyages aux eaux ou dans les pays étrangers, les distractions de toute espèce, agissent aussi d'une manière favorable. Si les apoplectiques sont d'une constitution faible ou ruinée par des excès de tout genre, par des maladies antécédentes, si la résorption semble entravée par cet état du solide vivant, on administre les médicaments toniques. Mais il ne faut s'engager dans cette voie qu'avec une certaine réserve; car souvent, loin de diminuer la paralysie, on fait naître des contractures ou d'autres symptômes, qui annoncent une nouvelle irritation survenue dans la pulpe cérébrale. Quoi qu'il en soit, c'est pour hâter la résorption qu'on a proposé l'infusion de fleurs d'arnica (ʒj à iv par ij liv. d'eau), l'eau de cannelle, de lavande, de mélisse, de menthe, de valériane, de quinquina, de tilleul, de fleurs d'oranger, les potions avec le camphre, le musc, l'assa-fœtida. On rend toutes ces liqueurs plus stimulantes encore en y mêlant les éthers nitrique, acétique, la liqueur anodine d'Hoffmann, les sels d'ammoniaque, les alcoolats de genièvre, de gayac et de cannelle. Toutes ces substances sont plus souvent nuisibles qu'utiles, à moins que le malade n'ait conservé ou repris assez de force pour que ces médicaments agissent en excitant la résorption. On retirera plus d'avantage de l'administration du quinquina, des amers, des eaux ferrugineuses et d'un bon régime diététique. Les cautères, les sétons et les autres exutoires, placés à la nuque ou sur le cuir chevelu, peuvent hâter la résorption, pourvu, toutefois, qu'on ne les applique qu'à une période avancée de la maladie.

Outre ce traitement interne, destiné à produire un effet général, il en est un autre dirigé plus spécialement contre la paralysie des membres. Il consiste en frictions avec la teinture de benjoin, de cantharides, l'eau-de-vie camphrée, les baumes d'Opodeldoch, de Fioraventi, le liniment ammoniacal, l'huile essentielle de térébenthine, les frictions avec la neige ou la glace sur les membres paralysés, les douches froides ou chaudes, les bains de vapeur simples ou sulfureux, les immersions froides de cinq à six minutes. Lorsque le malade est en état de voyager, on l'envoie prendre les eaux sulfureuses d'Enghien, de Bagnères de Luchon, de Cotterets, etc., ou les eaux ferrugineuses de Spa, de Forges, de Vichy, de Bourbon-l'Archambault, de Plombières, de Passy. Le malade doit boire plusieurs verres de ces eaux chaque matin, à jeun. Enfin, on promène des vésicatoires volants sur les parties paralysées, que l'on a soin de couvrir de morceaux de laine ou de flanelle.

Il nous reste à parler de ces agents thérapeutiques, dont l'action énergique et spéciale a surtout pour effet de produire la contraction musculaire; tels sont la noix vomique, la strychnine, le *rhus radicans* et l'électricité.

M. Fouquier est le premier qui ait employé la noix vomique. C'est de l'extrait alcoolique que l'on fait le plus ordinairement usage. Quand on donne la noix vomique en poudre, il faut, suivant M. Fouquier, porter la dose jusqu'à 30, 40, et même 50 grains par jour, avant d'obtenir quelque résultat. On compose aussi les pilules avec l'extrait alcoolique, chacune contient 1 ou 2 grains de cet extrait; le malade en prend une le matin et une le soir; on ajoute tous les jours une ou deux nouvelles pilules. Les symptômes qui annoncent que le médicament agit sont la chaleur, le fourmillement, les mouvements convulsifs dans les membres affectés; les accès de spasme se reproduisent à de courts intervalles. La noix vomique porte surtout son action sur les membres paralysés. On doit en interrompre l'usage dès qu'il paraît quelques signes de congestion cérébrale, ou dès que l'estomac devient sensible et la langue rouge. M. Moulin a vu administrer la noix vomique à neuf malades, et n'a jamais observé de guérison parfaite (*Traité de l'apoplexie*, p. 177). Chez les uns, l'amélioration ne fut que passagère; chez les autres, les membres paralysés n'offrirent de mouvement et de sensibilité que pendant leurs contractions spasmodiques. La noix vomique agit beaucoup plus fortement sur les muscles qui sont paralysés que sur

ceux qui ne le sont pas ; le malade conserve sa connaissance au milieu des accès convulsifs.

On s'est servi avec succès de l'extrait alcoolique de noix vomique pour combattre des rétentions d'urine qui tenaient à la paralysie de la vessie. « C'est par l'action que cette substance exerce sur le renflement lombaire de la moelle épinière, qu'elle se rend alors utile. » (Barbier, *Mat. méd.*, 3e édit., t. III, p. 518.)

La strychnine produit absolument les mêmes effets : elle est plus difficile à manier, et exige plus de précautions; dès lors, on doit lui préférer la noix vomique (teinture). Quand on veut administrer la strychnine, on commence par un seizième de grain, et on n'augmente les doses que très lentement. M. Magendie a employé le sulfate de strychnine, et l'a vu produire des effets très prononcés, à la dose d'un douzième de grain, sur une femme paraplégique.

Dans ces derniers temps, le docteur Bardsley a expérimenté avec soin la strychnine. Il croit que cette substance est utile dans les paralysies qui dépendent de l'affaiblissement de la puissance nerveuse, et qu'elle convient mieux dans les paralysies transversales qui ne sont pas causées par une affection de la moelle, que dans l'hémiplégie. Elle peut cependant réussir dans ce dernier cas, lorsque la lésion cérébrale n'est pas grave et que les nerfs n'ont pas perdu toute aptitude à ressentir les effets des stimulants. M. Bardsley ne l'a jamais employée contre l'amaurose, mais il l'a vue guérir trois cas de paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure. Il résulte des tableaux renfermés dans le mémoire du médecin anglais, que, sur vingt malades auxquels ce médicament fut administré à l'intérieur, sept guérirent parfaitement, huit n'en retirèrent que peu d'amélioration, le reste fut plus ou moins soulagé. Des douze malades qui prirent la strychnine à l'intérieur et à l'extérieur, quatre furent rendus à la santé, cinq éprouvèrent une amélioration notable ; elle ne produisit aucun effet chez les autres. Quand on donnait cet alcali végétal extérieurement, on en plaçait sur le derme dénudé un quart de grain, on en élevait ensuite la dose jusqu'à 1 grain 1/2 et même 2 grains, deux fois par jour. Les effets que M. Bardsley observa furent des vertiges, de la céphalalgie, des éblouissements, des étourdissements, des secousses convulsives dans les membres paralysés. Il recommande de commencer l'emploi de ce remède à très petites doses, et d'élever celles-ci très lentement jusqu'à ce que l'effet s'en fasse sentir. (*Ext. des annal. univers.*, avril 1836).

L'arnica a été considérée par beaucoup de médecins comme propre à faire cesser la paralysie. On se sert de ses fleurs ou de ses racines ; mais plus ordinairement on emploie l'infusion aqueuse ou la décoction de cette plante. On met 1, 2 gros, 1/2 once de fleurs, et 2 gros de racine pour avoir 2 livres de liqueur. On donne quelquefois les fleurs d'arnica en poudre. M. Collin, qui a beaucoup vanté l'efficacité de ce remède, dit que les fourmillements, les tiraillements pénibles, un sentiment de chaleur cuisante dans les membres, sont les signes qui annoncent le retour du sentiment et du mouvement.

L'électricité est un des moyens le plus souvent mis en usage dans la cure des paralysies. Employée de trop bonne heure, elle cause souvent une nouvelle hémorrhagie. On peut faire passer le fluide électrique par décharges plus ou moins fortes, ou bien à l'aide d'aiguilles introduites dans les membres paralysés ; plus souvent encore, on se sert d'une pile voltaïque et d'aiguilles enfoncées sur différents points du corps. L'électropuncture doit être surveillée avec la plus grande attention ; Strambio l'a vue déterminer les symptômes de l'encéphalite (*Archiv. gén. de méd.*, juillet 1828, p. 427). Déjà De Haën (*Orat. med.*, pars. IV, p. 185) et Desbois de Rochefort avaient signalé les inconvénients de la stimulation électrique. Aujourd'hui, les dangers qu'elle entraîne sont moindres, parce qu'on attend que la période d'excitation soit passée ; c'est alors seulement qu'elle peut rendre quelques services. Elle convient dans les cas où la paralysie n'occupe plus qu'un seul membre, et lorsque le sentiment et le mouvement sont revenus en partie.

Nous terminerons en rappelant que la première condition pour que les membres paralysés reprennent leurs fonctions, c'est que le travail morbide qui doit opérer la

cicatrisation soit entièrement terminé; la seconde, c'est que l'organisation de la pulpe cérébrale lésée se rapproche autant que possible de celle qu'elle a dans l'état physiologique, pour que ses fonctions puissent s'accomplir : c'est alors seulement que la paralysie cessera. Ce n'est donc que dans des cas très rares que le tissu nerveux pourra être réveillé par cette stimulation artificielle, introduite à l'aide des médicaments dont nous avons parlé. Il nous resterait maintenant à tracer les préceptes que doit suivre l'apoplectique guéri d'une première attaque, s'il veut se mettre à l'abri d'une rechute; nous les avons donnés avec tout le détail convenable, lorsqu'il a été question du traitement préservatif de l'attaque.

ARTICLE III.

De l'apoplexie ou hémorrhagie méningée.

Morgagni avait déjà observé que les hémorrhagies cérébrales ne s'accomplissaient pas toujours dans le tissu même du cerveau, mais qu'elles peuvent aussi s'effectuer dans la cavité de l'arachnoïde ou des ventricules, et dans l'épaisseur même de la pie-mère. C'est ce que prouvent, entre autres observations, trois de celles qui se trouvent consignées dans la deuxième lettre sur les maladies de la tête, § XIX.

Néanmoins, ces espèces d'hémorrhagies avaient passé à peu près inaperçues, lorsque M. Serres y appela l'attention, en 1819, dans l'*Annuaire des hôpitaux*, et les désigna, ou au moins leurs principales variétés, sous le nom d'*apoplexie méningée*. Depuis le travail même de ce praticien, aucune recherche sérieuse n'avait été faite, soit pour compléter, soit seulement pour étendre ou confirmer ses observations, lorsqu'en 1838, M. Boudet (Ernest) publia un mémoire intéressant sur ce sujet.

Enfin, en 1845, M. Prus, mettant à profit ce dernier travail et quelques autres observations appartenant à différents auteurs ou à lui propres, composa une monographie satisfaisante de l'apoplexie méningée. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1845, t. XI, p. 18 et suiv.)

Nous ferons remarquer toutefois qu'avant cette époque des recherches intéressantes avaient été faites sur l'apoplexie méningée des enfants, chez qui l'on sait que cette apoplexie existe presque seule. Les détails mêmes dans lesquels nous sommes entrés, quand nous avons traité des maladies des enfants, nous dispenseront d'insister longuement sur cette maladie chez les adultes, attendu que tout y est pour ainsi dire identique. Nous ne décrirons même pas séparément l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne et l'hémorrhagie *sous-arachnoïdienne*, c'est-à-dire formée dans le tissu de la pie-mère, et nous nous contenterons de reproduire le parallèle que M. Prus établit entre l'une et l'autre; ce parallèle suffira parfaitement pour les faire connaître toutes les deux.

Nous dirons cependant, avant de passer au parallèle de M. Prus, que nous sommes loin de considérer comme inutiles les deux descriptions de l'hémorrhagie; ce parallèle prouvera au contraire que les deux descriptions auraient beaucoup d'intérêt, si on pouvait les faire d'une manière complète : mais l'absence de documents d'une part, les détails dans lesquels nous sommes entrés ailleurs d'autre part, nous ont seuls engagés à être brefs.

Il est inutile, sans doute, de faire remarquer que les observations sur lesquelles repose le travail de M. Prus ont été prises sur des adultes ou des vieillards, sans quoi nous nous fussions contenté de renvoyer à notre *Traité des maladies des enfants*.

Nous ferons observer, à propos de l'âge, que, pendant que l'hémorrhagie méningée des enfants est presque exclusivement *intra*-arachnoïdienne, celle des adultes et des vieillards est souvent *sous*-arachnoïdienne; et comme on verra, d'autre part, que la dernière se fait souvent par rupture de vaisseaux, tandis que la première est due peut-être toujours à une exhalation, l'opinion qui admet que, dans l'apoplexie *cérébrale*, la rupture des vaisseaux est constante, se trouvera d'autant fortifiée. Peut-être est-ce à l'altération des vaisseaux que l'on doit principalement la différence de fréquence des diverses variétés d'apoplexies sanguines aux différents âges.

« *Caractères anatomiques.* — Les hémorrhagies entre l'arachnoïde et la pie-mère proviennent, dans la moitié des cas au moins, de ruptures artérielles ou veineuses, comme le prouvent les quinze faits de lésions vasculaires évidentes, parmi vingt-quatre faits d'apoplexie méningée

sous-arachnoïdienne que peut posséder la science.

» Dans l'apoplexie méningée intra-arachnoïdienne, le sang n'est jamais épanché que par exhalation.

» Dans l'apoplexie sous-arachnoïdienne de l'encéphale, le sang se répand avec le liquide céphalo-spinal dans les cavités ventriculaires du cerveau, dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis : de là, pour le liquide céphalo-spinal, une coloration plus ou moins rougeâtre et des qualités morbides qui peuvent lui donner une action très irritante sur les parties avec lesquelles il est en contact.

» Le sang versé dans la cavité de l'arachnoïde ne rencontre rien d'analogue au liquide céphalo-spinal, pour l'entraîner loin du point d'origine de l'hémorrhagie. C'est sur l'arachnoïde seule, et ordinairement au voisinage de l'endroit où l'hémorrhagie s'est opérée, que le sang paraît agir.

» Jamais il ne teint en rouge ou n'altère de toute autre manière le liquide céphalo-spinal, avec lequel il n'a aucune communication.

» Le sang contenu dans la cavité sous-arachnoïdienne n'a jamais été trouvé revêtu d'une fausse membrane.

» Toujours, au contraire, le sang renfermé dans la cavité de l'arachnoïde a présenté cette fausse membrane, pourvu qu'il y eût séjourné pendant quatre à cinq jours.

» Dans les cas d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, même à marche intermittente, on n'a pas signalé de différences assez sensibles dans l'aspect et la consistance des caillots pour établir qu'il y en eût de divers âges.

» On a pu le faire assez facilement dans plusieurs cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne.

» Le sang épanché, qui est peu ou point adhérent aux parois de la cavité sous-arachnoïdienne, est, en général, très adhérent aux parois, et surtout à la paroi supérieure de la cavité arachnoïdienne.

» Les observateurs n'ont rencontré, dans la cavité sous-arachnoïdienne, ni kyste ayant contenu ou contenant du sang résorbé en totalité ou en partie, ni toute autre trace indiquant la guérison d'une apoplexie méningée sous-arachnoïdienne.

MM. Riobé, Calmeil, Abercrombie, ont vu dans la cavité de l'arachnoïde des kystes contenant encore ou du sang ou des traces de sang, qu'ils ont considérés avec raison comme indiquant la guérison d'apoplexies méningées intra-arachnoïdiennes. La onzième observation rapportée dans ce mémoire offre un fait du même genre.

» Ces rapprochements, reposant sur des faits positifs et déjà assez nombreux, suffiront pour démontrer les différences que nous présentent les caractères anatomiques de l'apoplexie méningée sous-arachnoïdienne, et ceux de l'apoplexie méningée intra-arachnoïdienne.

» *Symptômes.* — Dans l'apoplexie sous-arachnoïdienne, la paralysie se montre rarement : on ne l'a constatée que trois fois sur douze cas de ruptures artérielles ; jamais on ne l'a observée dans les déchirures des sinus ; jamais non plus on ne l'a vue chez les malades qui avaient eu une hémorrhagie par exhalation.

» Dans les huit cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne que j'ai recueillis six fois, il y a une paralysie plus ou moins complète du mouvement. La paralysie du sentiment est beaucoup plus rare.

» Aucun des faits d'apoplexie sous-arachnoïdienne recueillis par moi, au nombre de six, ne nous offre une perte subite de connaissance.

» Dans les huit observations d'apoplexie intra-arachnoïdienne contenues dans ce mémoire, trois fois seulement il y a eu perte subite de connaissance : encore faut-il ajouter que, dans un de ces trois cas, la mort a été immédiate.

» La somnolence et le coma se montrèrent à peu près constamment vers la fin de l'une et de l'autre maladie ; mais dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, ces deux symptômes ne sont ordinairement précédés ou accompagnés que de malaise, d'affaiblissement, de rougeur et de chaleur des téguments de la face et du crâne. Dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, on rencontre presque toujours la céphalalgie, la sécheresse de la langue, de la fièvre, du délire. La lecture attentive des observations contenues dans ce travail ne permet pas de douter que ces symptômes qui caractérisent l'apoplexie méningée arachnoï-

dienne ne suivent le développement de l'inflammation de l'arachnoïde, due tantôt à la congestion qui a produit la maladie, tantôt, et plus souvent, à l'irritation déterminée par la présence du sang dans la cavité de l'arachnoïde.

» Ici on ne peut s'empêcher de faire une remarque digne de l'attention du praticien. Du sang épanché, même en grande quantité, dans la cavité sous-arachnoïdienne ; du sang qui, conséquemment, est en contact avec la pie-mère, peut bien diminuer les facultés intellectuelles, mais il ne les pervertit pas ; en un mot, il ne produit pas le délire. Il en est tout autrement du sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde : il est rare qu'il séjourne plus de quatre jours dans cette cavité sans provoquer le délire. On doit se rappeler que c'est aussi vers cette époque que le caillot est constamment recouvert d'une fausse membrane.

» Si maintenant nous voulons comparer les symptômes de l'apoplexie méningée avec ceux de l'apoplexie de la pulpe cérébrale, nous verrons que les deux symptômes essentiels de cette dernière, la perte subite de connaissance et la paralysie, sont loin de se retrouver avec la même constance dans l'apoplexie des méninges.

» La perte subite de connaissance n'a existé que deux fois dans mes quatorze observations.

» La paralysie du mouvement a existé dans six cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne ; mais elle n'a pas, en général, été aussi complète que dans l'hémorrhagie de la pulpe ; très rarement et très passagèrement elle s'est accompagnée de la paralysie du sentiment.

» La déviation de la bouche, si fréquente dans l'apoplexie de la pulpe, ne s'est montrée qu'une fois dans mes quatorze cas d'apoplexie méningée, et encore chez un malade qui avait eu antérieurement une hémorrhagie de la pulpe cérébrale.

» La paralysie du mouvement, qui guérit si rarement chez le vieillard quand la pulpe cérébrale a été déchirée par une hémorrhagie, peut, au contraire, disparaître entièrement, et sans laisser aucune trace, quand elle dépend d'une apoplexie méningée.

» Je dois répéter ici que la somnolence et le coma, par leur persistance, par leur intensité, constituent un des principaux caractères de l'apoplexie méningée.

» Je répéterai également que, lorsqu'à ces deux symptômes viennent se joindre, avec ou sans la paralysie, la céphalalgie, la sécheresse de la langue, la fièvre et le délire, on est autorisé à croire à l'existence d'une apoplexie méningée intra-arachnoïdienne. » (Prus, *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, t. XI, p. 76, année 1845.)

Marche, durée, terminaisons. — Les deux variétés d'apoplexie méningée dont nous venons de voir le parallèle affectent souvent une marche intermittente qui les différencie encore des hémorrhagies cérébrales et cérébelleuses, où cette marche est extrêmement rare, et qui, lorsqu'elle a lieu, est constituée habituellement par des attaques peu nombreuses et très éloignées les unes des autres.

La durée de l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne n'a pas dépassé huit jours dans les cas où les malades ont succombé, et, si le diagnostic porté par MM. Prus et Boudet est exact, ils auraient succombé tous.

La durée de l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne a été beaucoup plus longue ; la maladie s'est prolongée dans quelques cas plus d'un mois, et, dans un certain nombre, les malades ont pu revenir à la santé, comme le prouvent les traces positives d'hémorrhagies antécédentes qu'on a rencontrées dans plusieurs autopsies.

Le pronostic de ces deux sortes d'hémorrhagie est donc très grave, et plus grave encore que celui de l'apoplexie cérébrale.

Quant au *traitement*, alors même qu'on croit avoir assis un diagnostic sur des bases solides, on n'a guère qu'à employer les mêmes moyens qu'on mettrait en usage contre l'hémorrhagie de la pulpe cérébrale.

ARTICLE IV.

De l'apoplexie séreuse.

Le liquide céphalo-rachidien, dont on doit la connaissance à Cotugno, peut être augmenté au point de produire des sym-

ptômes d'apoplexie promptement funeste; c'est ce que des auteurs déjà anciens avaient constaté, et désigné sous le nom d'apoplexie séreuse. Mais l'augmentation de ce fluide est bien moins souvent idiopathique qu'on ne l'avait cru; très souvent elle se trouve liée à une hyperémie ou même à une hémorrhagie cérébrale; c'est ce qui est exposé dans le passage suivant de M. Gendrin, dans lequel l'apoplexie séreuse est désignée sous le nom de phlegmorrhagie. On y verra que, comme l'hémorrhagie méningée, la phlegmorrhagie affecte deux siéges très distincts, les cavités séreuses et les interstices de la pie-mère.

« *Siége de l'augmentation de la quantité de sérosité encéphalique.*— L'augmentation de la quantité de sérosité et, par suite, l'accroissement de capacité, sont le plus souvent, mais non dans tous les cas, communs à toutes les cavités cérébrales. Nous les avons souvent vus limités à un seul hémisphère et à son ventricule latéral.

» *État des vaisseaux cérébraux dans les cas de phlegmorrhagie encéphalique.* — La présence de cette augmentation de quantité du fluide céphalo-rachidien coïncide, dans le plus grand nombre de cas, avec un état d'hyperémie encore très prononcé des vaisseaux de l'encéphale. Cette congestion sanguine est évidemment liée, comme cause immédiate, à la présence d'une quantité trop grande du liquide séreux intra-céphalique. On en a la preuve quand on trouve la capacité d'un seul ventricule latéral distendue et dilatée par la sérosité, avec une hyperémie limitée au seul hémisphère dont ce ventricule occupe le centre.

» *Connexité de l'hyperémie cérébrale et de l'épanchement séreux.* — C'est parce qu'ils avaient reconnu la présence de ces désordres, que les anciens admettaient des apoplexies séreuses. On doit surtout à Morgagni d'avoir bien établi la connexion de ces épanchements séreux avec la congestion sanguine cérébrale qui peut exister seule dans ces maladies, comme on vient de le montrer. Il suffit de la continuité de la congestion sanguine dans les vaisseaux cérébraux, et surtout d'un certain degré de gêne dans la circulation intra-céphalique, pour que le rapport entre l'absorption et la sécrétion de la sérosité céphalo-rachidienne soit détruit, et que, par suite, cette sérosité se trouvant en excès, exerce à l'égard du cerveau l'influence d'un liquide étranger accumulé dans les ventricules et les mailles de la pie-mère.

» *Observation clinique sur une apoplexie séreuse.* — Le fait suivant est à la fois un exemple d'apoplexie séreuse rapidement mortelle, et des lésions anatomiques qui appartiennent à ces apoplexies.

» Un cocher âgé de cinquante-sept ans, pendant le mois de novembre 1831, était depuis deux heures sur le siége de sa voiture arrêtée à la porte d'une maison. La personne qu'il conduisait, en sortant à onze heures du soir, le trouva assis de côté sur son siége, la tête inclinée sur la poitrine. L'ayant vainement appelé, elle voulut le réveiller en le tirant par son manteau; mais il tomba, et ne fut préservé d'une chute sur le sol que parce qu'il fut retenu par cette personne. Il avait entièrement perdu connaissance. Après des tentatives inutiles que l'on fit pendant une heure pour rappeler cet homme à lui, on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, où une très large saignée lui fut pratiquée à son arrivée. Le lendemain nous le trouvâmes avec la face pâle, les lèvres livides, les dents serrées; tous les membres semblaient également paralysés. Cependant, tandis que le bras droit et la jambe droite, soulevés et abandonnés à leur poids, retombaient comme des masses inertes, le bras et la jambe gauches, soulevés et abandonnés à eux-mêmes, retombaient avec lenteur. Le malade exécutait d'ailleurs de temps en temps des mouvements très limités de ces membres, qui indiquaient qu'ils n'étaient pas entièrement privés de mouvement. La respiration était lente et haute; il y avait un commencement de stertor; le pouls était faible, assez régulier et sans fréquence. Le malade avait uriné dans son lit. Des sinapismes furent promenés sur les membres. Un lavement émétisé fut administré, mais le sphincter de l'anus laissa sortir le liquide injecté dans le rectum comme d'un vase inerte. Le stertor devint de plus en plus prononcé. Le soir il n'y avait plus de différence, pour la locomotilité, entre les membres gauches et droits. La mort arriva dans la fin de la nuit suivante. A l'ouver-

ture du cadavre, nous constatâmes une congestion sanguine peu considérable dans les vaisseaux encéphaliques, se décelant par des gouttelettes de sang nombreuses, qui se montraient à la surface des incisions que l'on pratiquait dans le tissu du cerveau et du cervelet. Les ventricules latéraux avaient une capacité évidemment plus grande que dans l'état ordinaire; la dilatation de ces cavités coïncidait avec l'aplatissement évident des circonvolutions cérébrales. Ces ventricules agrandis étaient pleins de sérosité limpide qui se trouvait aussi en grande quantité dans les troisième et quatrième ventricules et dans toute la cavité sous-arachnoïdienne du rachis. La membrane interne des ventricules était tout à fait exempte de lésion morbide. Le septum lucidum était intact. Les sinus de la dure-mère étaient faiblement gorgés de sang. La moelle épinière et ses annexes, et les viscères thoraciques et abdominaux, ne présentaient aucune lésion.

» La rapidité avec laquelle toutes les fonctions de relation se sont suspendues, l'étendue de cette suspension qui comprenait sans exception toutes ces fonctions, le ralentissement progressif de la respiration et de la circulation, la marche croissante du coma, tous ces symptômes se sont trouvés en rapport avec une lésion qui a dû soumettre la totalité de la masse cérébrale à une puissante compression par la quantité du fluide qu'elle a accumulée dans les cavités cérébrales et dans le réseau de la pie-mère. La congestion sanguine, dont il restait encore des traces très manifestes, a nécessairement contribué à la production des symptômes; seule elle pouvait les déterminer. Jointe à la présence en excès du fluide séreux qui entoure le cerveau de toutes parts et pénètre dans ses cavités, elle a exercé un bien plus grande influence.

» *Motifs de penser que la phlegmorrhagie encéphalique a été souvent méconnue.* — Les lésions anatomiques qui se rattachent à cette forme de l'apoplexie sont bien tranchées. Nous avons cependant la conviction qu'elles ont souvent été aussi méconnues. On n'a pas toujours soin, dans les ouvertures de cadavres, d'examiner en quelle quantité le fluide céphalo-rachidien se trouve dans le réseau de la pie-mère et dans les ventricules cérébraux qu'il faut ouvrir en place. La dilatation des ventricules latéraux, quand elle porte sur ces deux ventricules à la fois, exige l'habitude de ces sortes de recherches pour ne pas échapper à l'observation, surtout quand elle est peu considérable, comme cela arrive même après l'apoplexie foudroyante, si le cerveau présente à la fois une hypérémie très prononcée et un certain degré d'excès de fluide séreux dans ses cavités et les anfractuosités de ses circonvolutions. » (Gendrin, *loco citato*, tom. I, pag. 438.)

L'apoplexie séreuse a-t-elle des caractères spéciaux et sous le rapport de la symptomatologie, et sous le rapport de la marche et enfin du pronostic? Tous les auteurs ne répondent pas unanimement à cette question. Voici d'abord ce que dit M. Gendrin

« L'augmentation de la quantité du fluide céphalo-rachidien, qui n'est que l'apoplexie séreuse des anciens, se lie à l'hyperémie cérébrale, et contribue directement à la production des symptômes apoplectiques : c'est une lésion hémorrhagique comme la congestion sanguine elle-même. Les ouvertures de cadavres, tout en montrant le plus souvent la coïncidence de ces deux altérations, font aussi reconnaître qu'il n'y a pas de rapport étroit entre elles. Il est des conditions dans lesquelles l'exhalation séreuse augmente avec une rapidité et une facilité extrêmes, pour peu que la circulation soit modifiée, même à un faible degré, dans l'organe au centre et autour duquel se trouve la surface séreuse exhalante. Ces conditions se rencontrent surtout chez les sujets dont le sang contient de la sérosité en proportion insolite, comme par exemple, les hydropiques; aussi les voit-on périr souvent par l'apoplexie que produit la phlegmorrhagie cérébrale née au plus léger degré de l'hypérémie encéphalique.

» L'augmentation de la quantité du fluide céreux céphalo-rachidien produit évidemment la compression du cerveau. On le démontre par l'état de distension où se trouvent les ventricules et l'état de dépression des circonvolutions du cerveau chez les sujets sur lesquels se rencontre cette apoplexie séreuse. Cette compression

est d'autant plus efficace qu'elle agit à la fois sur toutes les parties de l'encéphale et de la moelle épinière, et sur l'origine de tous les nerfs. Elle ne peut être supportée sans que ses effets deviennent rapidement mortels par la suspension des fonctions cérébrales, que si elle se produit très lentement.

» La congestion encéphalique et l'augmentation de la quantité du fluide céphalo-rachidien produisent le coup de sang, si elles ne sont que passagères et faibles, et l'apoplexie, si elles ont plus d'intensité; dans ce dernier cas, elles peuvent être portées avec plus ou moins de rapidité à un degré suffisant pour suspendre les fonctions du cerveau. Si cette suspension est rapidement complète, la mort est rapide, c'est l'apoplexie foudroyante; si elle est incomplète, il en résulte que les fonctions cérébrales sont lésées à divers degrés. La mort arrive dans les cas où ces fonctions sont suffisamment lésées pour ne pouvoir continuer qu'incomplétement pendant un certain temps; elle n'est point alors rapide, elle survient comme progressivement à mesure que l'organisme se détériore par l'accomplissement imparfait des principales fonctions, et surtout de la respiration et de la circulation. Dans les cas plus heureux, la lésion cérébrale diminue d'une manière progressive, et avec elle son effet; les fonctions se rétablissent et la maladie cesse.

» Les apoplexies par hyperémie cérébrale et par augmentation rapide de la quantité du fluide séreux céphalo-rachidien ont ce caractère que *les phénomènes qu'elles produisent ne sont jamais très localisés, et qu'elles ne laissent point, après que les accidents primitifs ont disparu, de désordre dans la texture du cerveau, et aussi point de symptôme consécutif de paralysie ou d'anesthésie locale.* Aussi ces apoplexies sont-elles sans deuxième période, en ce sens que le rétablissement succède immédiatement à la disparition de la lésion encéphalique sans l'intermédiaire indispensable d'une autre condition morbide que nous allons trouver dans les autres apoplexies.

» L'absence de localisation des phénomènes des apoplexies par congestion et par hydropisie aiguë cérébrale ne doit pas être considérée dans un sens trop étroit. Il n'est pas très rare, après un coup de sang ou même après une attaque grave d'apoplexie, lorsque le malade commence à récupérer ses facultés de relation, de voir un engourdissement ou même un certain degré de paralysie et d'anesthésie persister dans une moitié du corps, dans un membre, pendant quelques heures et même pendant un jour ou deux, pour cesser ensuite tantôt progressivement, tantôt subitement. Si ces symptômes étaient dus à un épanchement, il est certain qu'ils ne pourraient disparaître aussi rapidement; il est donc probable que la congestion cérébrale a existé dans ces cas à un plus haut degré sur quelques parties du cerveau que sur les autres, ou qu'elle a exercé une influence qui s'efface plus lentement dans certaines portions de l'encéphale. Si donc il est constant que les apoplexies qui sont dues à une simple hyperémie ou à une hydropisie cérébrale aiguë se caractérisent, en général, parce qu'elles suspendent immédiatement et à la fois, d'une manière plus ou moins complète, toutes les fonctions encéphaliques, et parce qu'elles sont toujours de courte durée et cessent en peu de temps, ce fait n'empêche pas que dans ces apoplexies certaines portions du cerveau, et par suite certaines parties du corps, ne soient relativement affectées à un plus haut degré et pendant un temps plus long que les autres. Toutefois, on ne voit jamais survenir, dans ces apoplexies, ces paralysies permanentes limitées à une moitié du corps ou à un seul membre, ni les paralysies avec contracture des membres qui s'observent dans les autres apoplexies. Les anesthésies limitées à une partie des téguments sont aussi moins fréquentes dans les congestions cérébrales que dans les hémorrhagies accomplies du cerveau. Les facultés intellectuelles peuvent être et sont même le plus souvent plus ou moins débilitées pendant cette apoplexie, mais cette débilitation diminue progressivement, à moins que les attaques n'aient déjà été multipliées, circonstance dans laquelle les malades tombent enfin en démence. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. I.)

MM. Delaberge et Monneret donnent une description un peu différente, et en même temps plus complète de l'apoplexie séreuse dans le passage suivant :

« Lorsque l'apoplexie est exempte de toute complication, qu'elle consiste uniquement en une collection séreuse, indépendante de tout état morbide de la membrane ventriculaire, elle débute instantanément et se comporte à la manière de l'hémorrhagie cérébrale. Tout à coup, sans cause connue, le malade perd connaissance; les quatre membres tombent dans une résolution complète; vainement on les excite; ils restent dans une immobilité absolue (Andral, *Clin. méd.*, t. V, obs. XXI et XXII, obs. de M. Martin-Solon, *Journ. hebd.*, t. IV, p. 353). Quelquefois ils conservent un peu de sensibilité et de motilité (Rochoux, *op. cit.*, p. 229, obs. LIV). On cite aussi des observations d'apoplexie séreuse, dans lesquelles un seul côté du corps était paralysé. Morgagni (Lett. IV, § 2) en rapporte une de ce genre, mais l'état des méninges et les symptômes précurseurs que le malade offrit ne permettent pas de confondre cette apoplexie avec celles dites séreuses. Nous pourrions en dire autant d'une foule d'autres observations citées comme exemples d'apoplexies séreuses. Suivant M. Serres, le symptôme vraiment pathognomonique de cette affection, ainsi que des autres apoplexies méningées, est l'absence de toute paralysie. Lorsque le sujet n'est pas plongé dans le coma et qu'on lui fait exécuter des mouvements, on voit qu'il n'existe pas de paralysie; une excitation un peu vive détermine la contraction des muscles. L'apoplexie séreuse pourrait donc être distinguée de celle du cerveau, si les symptômes que nous venons de signaler étaient constants; il resterait ensuite à établir le diagnostic des diverses apoplexies méningées, ce qui est très difficile, de l'aveu même de M. Serres. Mais les choses ne se présentent pas toujours ainsi, et dans les observations de M. Andral (*loc. cit.*), il y a eu constamment résolution complète des quatre membres. En présence de ces faits contradictoires, nous sommes forcés de conclure que les symptômes fournis par la motilité et la sensibilité sont loin de pouvoir faire reconnaître l'apoplexie séreuse. Voyons si les autres symptômes jetteront plus de lumière.

» Le visage n'est pas toujours pâle et décoloré, comme le veulent les partisans de l'apoplexie séreuse; plus souvent il est violet. Les pupilles sont, en général, dilatées et immobiles; il n'y a pas de déviation dans les traits du visage, la bouche est droite, et le malade présente l'aspect d'une personne endormie; seulement la respiration est bruyante, stertoreuse, accompagnée de râle trachéal. Les mouvements d'élévation et d'abaissement du thorax se font avec régularité aussi bien à droite qu'à gauche. Cette dilatation égale des parois de la poitrine, indiquée par M. Serres comme appartenant surtout à l'apoplexie séreuse et à toutes les apoplexies méningées, mérite de fixer l'attention des observateurs, puisqu'elle offrirait un signe précieux, capable à lui seul de faire reconnaître la maladie. Le pouls est dur, se ralentit souvent, une sueur abondante baigne la peau. Nous aurions pu, à l'exemple des auteurs, enrichir notre description de tous les symptômes qu'ils ont empruntés à l'histoire des hydrocéphales; mais nous avons voulu ne donner que les symptômes de cette apoplexie séreuse.

» Elle survient, en général, chez les vieillards, les sujets faibles, débilités par des maladies antécédentes; chez ceux qui portent quelque lésion chronique des poumons ou du cœur. Ce sont surtout les individus affectés d'anasarque ou d'hydropisie qui y paraissent le plus prédisposés. On voit, en effet, dans quelques circonstances et sans qu'il soit possible d'en pénétrer la cause, les ventricules du cerveau se remplir tout à coup de sérosité à mesure que celle-ci disparaît des lieux qu'elle occupait auparavant. Il semble qu'il se soit opéré une métastase, et c'est, en effet, sous ce jour que certains auteurs l'ont considérée. Quel que soit son mode de production, on ne peut méconnaître la coïncidence remarquable qui existe entre la disparition de l'hydropisie de la cavité où elle siégeait d'abord, et son apparition dans un autre endroit. M. Martin-Solon est porté à croire (*Journ. hebd.*, t. IV, p. 359) que la résorption brusque d'une quantité considérable de sérum, qui se fait dans le ventre ou le tissu cellulaire, doit introduire ce principe dans le sang, et que celui-ci venant à en être supersaturé, il doit en résulter un épanchement plus ou moins rapide au-dessous de l'arachnoïde et dans

la cavité des ventricules. On ne peut, en effet, s'empêcher, dans un grand nombre de cas, de regarder l'apoplexie séreuse comme un flux commandé par une véritable pléthore séreuse. Cette exhalation, pour ainsi dire active, ne succède pas toujours à une diminution dans les quantités du liquide contenu dans les cavités; on la voit paraître sans qu'il se manifeste aucun changement sous ce rapport. Dans ce cas, l'hydropisie qui était limitée au péritoine, aux membres inférieurs ou à toute autre partie, tend à envahir les ventricules du cerveau et à devenir générale. Ici plus de métastase, mais répétition dans la séreuse ventriculaire des mêmes actes qui se passent dans les autres membranes. Le mécanisme de la production de ces deux hydropisies est différent, seulement le résultat est le même.

» La rapidité avec laquelle marchent les accidents, la mort prompte qui enlève en quelques heures les malades, ont depuis longtemps attiré l'attention des pathologistes; ils se sont demandé si la compression était la cause de la mort ou bien s'il fallait l'attribuer à la quantité du liquide épanché. Morgagni recommande d'examiner avec soin les propriétés du sérum (Epist. IV, § 3, 4, 5), auxquelles il accorde une très grande part dans la production des symptômes.

« Apoplexia quæ hominem sustulit.....
» oriri potuit ab sero illo pauco quidem,
» sed salso nimirum vellicante meningem
» tenuem quâ etiam ventriculi convestiun-
» tur, ut propterea insultus initium fuerit
» epileptici instar. » Il s'appuie même de l'autorité de Martianus et d'Hippocrate : « Verè scribit Martianus..... Hippocratem
» impossibili esse existima visse, cere-
» brum non convelli dum ab illâ materiâ
» acri irritatur. » Aujourd'hui cette doctrine humorale est entièrement abandonnée. Quelques cuillerées d'un sérum limpide et incolore ne peuvent causer, en raison de leurs qualités irritantes, les symptômes qu'on observe. Faut-il alors les rapporter à la compression qu'il exerce sur l'encéphale? M. Serres se refuse à admettre l'influence de cette compression et s'appuie sur ses expériences (*Ann. des hôpitaux*, Paris, 1819). Il faut reconnaître qu'on a exagéré cette action, mais elle ne peut être révoquée en doute dans les apoplexies séreuses. Comment, en effet, pourrait-on expliquer les symptômes et la mort rapide des individus qui en sont atteints? Ici point de déchirure ni de lésion dans la pulpe cérébrale qui puisse, comme dans l'hémorrhagie du cerveau, rendre compte des paralysies; la compression subite à laquelle est soumis l'encéphale l'empêche d'accomplir ses fonctions; c'est à elle qu'il faut rapporter le collapsus, le coma, la résolution des membres, en un mot, tous les phénomènes morbides qui nous apparaissent. Morgagni, tout en accordant des propriétés irritantes à la sérosité ventriculaire, pense aussi qu'elle peut agir par la compression qu'elle exerce : « Itaque
» eadem aqua non rarè potest et com-
» pressionem et convulsionem inducere;
» comprimenda autem aut convellendo,
» aut utrumque præstando. » (Epist. IV, § 18.) Ce double effet de la compression et de l'irritation par suite du déchirement doit être accepté comme l'expression rigoureuse de ce qui a lieu dans l'hémorrhagie cérébrale. Quant à l'apoplexie séreuse, il ne reste que la compression pour indiquer la marche rapide et promptement funeste de la maladie. Nous n'agiterons pas davantage cette question importante qui doit se présenter au sujet des hydrocéphales. » (Delaberge et Monneret, *loc. cit.*, t. I, p. 294.)

Traitement. — Les efforts tentés par les médecins du siècle dernier pour arriver à un diagnostic de l'hydropisie étaient surtout dirigés dans le but de parvenir à un traitement en rapport avec la nature de la maladie. Lorsqu'ils croyaient avoir reconnu l'existence de l'apoplexie séreuse, ils recouraient à tous les remèdes connus sous le nom d'*hydragogues*, aux purgatifs énergiques, tels que la scammonée, le jalap, la gomme-gutte, la coloquinte. Boerhaave dit qu'il ne faut pas craindre d'employer les drastiques, soit par la bouche, soit en lavement, s'ils n'ont pas opéré par les premières voies (*Comment. sur les Aph.*, § 1034). Les vésicatoires constituaient une partie essentielle du traitement : les saignées étaient presque entièrement proscrites. Il faut se rappeler que l'apoplexie séreuse, comprenant à cette époque une foule d'affections très diverses, l'hydrocé-

phalie en particulier, il n'est pas étonnant que les remèdes indiqués plus haut, et d'autres encore que nous passons sous silence, aient été proposés, et souvent même employés avec quelque apparence de succès. Quant à l'apoplexie séreuse foudroyante dont il est question, il n'y a pas de traitement possible, une mort instantanée en est la suite; elle est d'ailleurs toujours confondue avec l'hémorrhagie du cerveau, et cette erreur de diagnostic ne peut être funeste; car les saignées sont encore un des moyens les plus efficaces d'accélérer la résorption de la sérosité. Cependant si l'apoplectique était faible, infiltré, épuisé par une maladie chronique, il faudrait s'en abstenir; le traitement indiqué par Boerhaave est encore celui qui est le plus convenable dans cette circonstance. On y joindrait des révulsifs énergiques sur les membres inférieurs, tels que des vésicatoires.

ARTICLE V.

De l'apoplexie nerveuse.

Des observations assez nombreuses existent dans la science où l'on trouve décrits tous les symptômes des hémorrhagies cérébrales, et où néanmoins aucune lésion appréciable n'a été trouvée dans l'encéphale à l'autopsie des cadavres. Voici quelques uns de ces faits que l'on cite le plus volontiers.

Obs. 1. «Un jeune homme de vingt-quatre ans était depuis quelques jours lourd et assoupi, et se plaignait fréquemment de la tête. Il ne descendit pas de sa chambre le matin à son ordinaire; ses parents y entrèrent et le trouvèrent couché en travers de son lit à demi habillé et dans un état d'apoplexie complète. L'attaque était évidemment récente; on supposa qu'il avait été frappé pendant qu'il faisait sa toilette. La face était livide, la respiration stertoreuse, le pouls lent et assez résistant. On employa avec activité les moyens ordinaires; mais il n'y eut, pendant toute la journée, aucun changement dans les symptômes. La nuit suivante le malade éprouva une amélioration considérable, au point qu'il reconnut ceux qui l'entouraient; mais il ne tarda pas à retomber dans le coma, et il périt de bonne heure le jour suivant, un peu plus de vingt heures après l'attaque.

» *Ouverture du cadavre.* — Il existait une légère turgescence des vaisseaux de la surface du cerveau. L'examen le plus attentif ne fit reconnaître aucune autre trace de maladie, ni dans la tête, ni dans toutes les autres parties du corps. » (Abercrombie, *Recherches pathologiques et pratiques sur les maladies de l'encéphale*, 2ᵉ édit., p. 299.)

«Obs. 2. Un homme de cinquante-quatre ans, pléthorique, au col court, fut admis dans les salles de clinique du docteur Duncan, le 30 mai 1829. Il était dans un état de coma presque complet, sans parole et si complétement paralysé du côté droit du corps, que même les muscles abdominaux de ce côté étaient sans action. Le bras et la jambe gauches étaient parfois agités de mouvements convulsifs. La respiration était stertoreuse; la déglutition fort gênée; le pouls donnait soixante-quatorze pulsations. Cette maladie durait depuis trois jours. Elle avait commencé par des vertiges, la perte de la vue, une céphalalgie violente et des vomissements. On eut recours, sans aucun avantage, à l'emploi très judicieusement dirigé des moyens les plus actifs usités dans ce cas. On crut reconnaître, le 1ᵉʳ juin, un léger retour de la connaissance; mais le malade retomba presque aussitôt dans le coma. Il périt le 3 juin sans aucun changement dans les symptômes.

» *Ouverture du cadavre.* — Le cerveau fut l'objet du plus minutieux et du plus attentif examen : on ne trouva pas la plus petite trace de lésion pathologique. Les plexus choroïdes étaient cependant plus bruns que dans l'état ordinaire, et l'artère basilaire offrait une tache morbifique. Sur le côté de cette artère, la substance cérébrale présentait un point qui semblait légèrement ramolli, mais qui n'excédait pas le volume d'un grain d'orge; encore M. Duncan considéra-t-il ce ramollissement comme entièrement douteux.» (Abercrombie, *ibid.*).

«Obs. 3. François Chabrat, âgé de vingt-huit ans, chaudronnier, doué de formes athlétiques et d'un tempérament sanguin, était sujet, depuis plus de six mois, à des maux de tête, à des vertiges, lorsque, le 5 avril 1830, après avoir pris une tasse de café,

dans la vue de dissiper un de ses accès de céphalée, il perdit subitement connaissance et fut bientôt après frappé de paralysie des extrémités. Pendant trois jours il ne reçut d'autres secours que l'application de quelques sangsues aux tempes. Le 8, il fut transporté à la clinique interne et présenta à la visite de ce jour les symptômes suivants : abolition complète de toutes les fonctions de relation, face rouge, pouls fréquent (126 pulsations) et déprimé, respiration précipitée avec râle muqueux, yeux fermés, ne s'ouvrant que par intervalles d'une manière convulsive et laissant apercevoir alors la pupille contractée; membres paralysés, agités quelquefois par une contraction légère, instantanée. On crut avoir affaire à une apoplexie sanguine. Le traitement fut établi en conséquence (saignée de deux livres). La saignée parut produire quelque amendement. Le malade sembla revenir à lui pour un instant, mais il retomba bientôt dans son premier état et son insensibilité fut telle qu'il ne sentit même pas les sinapismes.

» Le 9 avril, coma profond, respiration stertoreuse, pouls toujours fréquent, mais petit, plus de mouvement dans les membres. Les yeux restent constamment fermés. Dans la journée, selles et urines involontaires. Mort pendant la nuit.

» *Autopsie trente-six heures après la mort.* — L'examen le plus scrupuleux ne put faire découvrir la moindre altération dans l'organe cérébral ni dans ses dépendances. Rien dans sa texture, sa consistance, sa couleur ou ses rapports qui pût faire présumer seulement une irritation ou une fluxion vers cet organe. Ceux des autres cavités, sans exception, furent également trouvés sains. » (Observation recueillie à la clinique de M. Lobstein à Strasbourg et publiée dans le journal *la Clinique*, t. II, n° 48.)

M. Andral a cité un fait qui paraît plus concluant encore que les précédents, à cause des préventions qu'on avait contre l'apoplexie nerveuse au moment où il a été recueilli. Voici ce fait :

» Obs. 4. Un ouvrier à la Monnaie, d'un âge moyen, fortement constitué, peau brune, cheveux noirs, était atteint d'un ictère avec fièvre lorsqu'il entra à la Charité. Huit jours auparavant, sa santé, bonne jusqu'alors, avait commencé à se déranger; il avait ressenti d'abord une gêne insolite, une sorte de pesanteur vers l'hypochondre droit. Le docteur Rouzet, consulté alors, reconnut l'existence d'une tumeur dans cet hypochondre, et bientôt de la fièvre survint. Le malade fut saigné. Lorsque nous le vîmes, il avait un ictère très prononcé qui n'existait que depuis trois jours. Le pouls était fréquent et la peau chaude. Le malade n'accusait aucune douleur; mais, en palpant l'abdomen, on reconnaissait facilement dans l'hypochondre droit le foie développé. La tumeur qu'il constituait s'étendait depuis le rebord cartilagineux des côtes, derrière lesquelles elle semblait se prolonger jusqu'un peu au-dessus du niveau de l'ombilic : on circonscrivait avec assez de facilité le bord tranchant de l'organe. La tumeur ne dépassait pas la ligne blanche ; elle ne causait point de douleur, soit spontanément, soit par la pression. La langue était blanchâtre, sans pointillé rouge, la bouche sans amertume, l'appétit était perdu, la soif assez vive, l'épigastre indolent, les selles ordinaires (elles étaient jaunes et médiocrement consistantes; il y en avait eu régulièrement une à deux en quarante-huit heures depuis le commencement de la maladie). Les urines étaient peu abondantes et d'un jaune orange très remarquable.

» Cet individu fut regardé comme atteint d'une hépatite aiguë (vingt-cinq sangsues à l'anus; tisanes émollientes). Pendant les cinq jours suivants, l'état du malade resta à peu près le même. Le mouvement fébrile était aussi intense, et chaque nuit un peu de délire survenait. Dans la matinée du septième jour, à dater de l'époque de l'entrée du malade à la Charité, le délire de la nuit persistait : il regardait fixement les personnes qui l'entouraient sans répondre à leurs questions; puis il parlait seul et tenait les propos les plus incohérents. La face était rouge, les yeux injectés; la langue conservait le même aspect que les jours précédents ; le pouls battait de cent quinze à cent vingt fois par minute; la peau était brûlante et sèche; la teinte ictérique plus prononcée que jamais. (Vingt sangsues sur le trajet de chaque jugulaire; sinapismes aux jambes; lavement avec une once de sulfate de soude.)

» Dans la journée, alternative de coma profond et d'agitation violente, pendant laquelle il pousse de temps en temps un cri aigu qui semble indiquer une vive souffrance réelle ou imaginaire. Dans la soirée, l'élève de garde pratique avec peine une saignée de trois palettes. Le sang tiré de la veine se rassemble en un caillot petit et dense que recouvre une couenne assez épaisse. Cependant, les deux jours suivants, les accidents cérébraux persistent aussi intenses et sous la même forme, puis ils changent subitement de caractère; l'état comateux devient continuel; le malade tombe dans un assoupissement dont rien ne peut le tirer. Lorsqu'on lui adresse la parole à voix haute à plusieurs reprises, il ouvre les yeux comme un homme qu'on éveille, ne répond rien, les referme et semble s'endormir de nouveau. Les membres soulevés retombent de leur propre poids comme des masses inertes; cependant la peau qui les recouvre a conservé de la sensibilité, et la force de contraction musculaire n'y est pas complétement abolie, car le malade les retire avec assez de vivacité lorsqu'on les pince. La langue, aperçue au fond de la bouche, ne paraît pas être déviée de son état normal. D'ailleurs, même tumeur dans l'hypochondre droit, même état du pouls; persistance de l'ictère. Cependant les poumons ne tardent pas à s'engouer; la respiration devient râlante et le malade succombe dans une sorte d'état apoplectique, le douzième jour de son entrée à la Charité et le vingtième à dater de l'époque de l'apparition des premiers phénomènes morbides. Dans les trois derniers jours on avait appliqué des vésicatoires aux extrémités inférieures et un autre à la nuque.

» *Ouverture du cadavre.* — Les méninges étaient assez vivement injectées, et de la substance du cerveau coupée par tranches, on voyait sortir par beaucoup de petits points, orifices d'autant de vaisseaux, des gouttelettes de sang. L'encéphale et ses membranes étaient donc le siége d'une assez forte congestion sanguine; cependant bien des fois on observe une congestion pareille chez des individus dont le système nerveux n'a présenté aucun trouble fonctionnel. Peu de sérosité était épanchée dans les ventricules et à la base du crâne. Les diverses parties de l'encéphale furent examinées chacune isolément avec le plus grand soin; on n'y découvrit aucune altération non plus que dans la moelle épinière, examinée jusqu'au commencement de sa portion dorsale.

» On ne trouva rien de notable dans les organes thoraciques, qu'un engouement séreux des poumons très considérable.

» Le premier objet qui nous frappa en ouvrant la cavité abdominale fut le volume du foie; il dépassait de plusieurs travers de doigt le rebord des côtes. Vu extérieurement, il était d'un rouge intense. Chaque incision qu'on y pratiquait en faisait écouler une très grande quantité de sang. D'ailleurs son tissu, à peu près uniformément rouge, ne présentait pas d'autre altération appréciable. Les canaux biliaires et la vésicule n'offrirent non plus aucune lésion. Le tube digestif, ouvert depuis l'orifice cardiaque de l'estomac jusqu'à l'anus, ne présenta autre chose que des veines injectées qui rampaient en assez grand nombre dans le tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac et de diverses parties de l'intestin grêle. Il y avait aussi de grosses veines gorgées de sang dans le mésentère. Les autres organes furent trouvés dans leur état naturel.

» Les cartilages des côtes, les membranes fibreuses enveloppantes de l'encéphale, du cœur et de la rate, le liquide contenu dans le canal thoracique, offraient une teinte jaune très prononcée. Cette teinte était moins intense, mais réelle cependant, à la surface externe des intestins. » (Andral, *Clinique médicale*, t. IV, p. 342.)

Toutes ces observations n'ont cependant point convaincu les auteurs du *Compendium*, qui s'expriment ainsi qu'il suit :

« On doit reconnaître que l'apoplexie nerveuse, c'est-à-dire sans lésion appréciable du cerveau, est une affection encore environnée de ténèbres et dont quelques auteurs recommandables révoquent en doute l'existence. Ils se refusent à admettre une maladie, disent-ils, sur des observations incomplètes ou évidemment inexactes. Il faut avouer, en effet, que la plupart des faits consignés dans les ouvrages n'offrent pas une garantie suffisante; mais en exceptant cependant l'observation rappor-

tée par M. Andral (*Clin. méd.*, t. IV, p. 258 et suiv.), d'une femme atteinte d'hémiplégie droite, et dont le cerveau ne présenta aucune altération évidente ; mais il existait en même temps des tubercules pulmonaires, et d'ailleurs le cordon rachidien ne fut examiné que dans sa portion cervicale. Parmi les sept observations rapportées par M. Gendrin (*Notes du Traité d'Abercrombie*, p. 288), il n'en est pas une qui puisse inspirer une entière confiance. Celle que l'on doit à Willis laisse trop à désirer sous le point de vue anatomique et symptomatologique, pour qu'on la regarde comme un exemple manifeste d'apoplexie nerveuse. D'une autre part, faut-il se refuser à croire que le cerveau ne peut pas être atteint au même titre que tout le système nerveux de ces affections que l'on connaît sous le nom de *névroses?* L'apoplexie nerveuse n'est-elle pas une névrose apoplectiforme du cerveau, ainsi que le veut M. Moulin? Il n'est pas plus difficile de rejeter que d'adopter cette opinion qui n'est pas appuyée sur des preuves décisives. L'analogie seule peut nous permettre d'avancer que la rapidité de la mort qui frappe l'homme au milieu d'une santé parfaite ne peut reconnaître pour cause qu'une modification brusque et perturbatrice survenue tout à coup dans le cerveau, dont les fonctions sont aussitôt anéanties. » (Delaberge et Monneret, *loc. cit.*, t. I, p. 297.)

M. Gendrin, tout en se montrant très difficile sur les faits d'apoplexie et surtout d'hémiplégie nerveuse, tout en faisant remarquer que les lésions cérébrales peuvent disparaître après la mort, admet cependant la possibilité de ces hémiplégies, et on trouvera les réflexions judicieuses qu'il émet à cet égard dans le passage suivant :

« On peut réunir dans les auteurs un assez grand nombre d'observations sur des apoplexies suivies de mort, sans qu'on ait trouvé sur les cadavres de lésion encéphalique appréciable. Beaucoup de ces faits ne supportent pas la discussion, parce que les diverses circonstances de la maladie ont été indiquées d'une manière vague, et que d'ailleurs l'on ne trouve pas dans les termes mêmes de leur rédaction la preuve d'une habitude des investigations d'anatomie pathologique suffisante pour être à l'abri de l'erreur. Il en est cependant quelques uns sur l'authenticité desquels on ne peut élever de doutes, parce qu'ils ont été recueillis par des hommes familiarisés avec les recherches d'anatomie pathologique, et qui n'auraient pas été facilement induits en erreur. Mais les observations de cette nature sont très rares. A peine en trouve-t-on une ou deux dans les auteurs qui ont eu le plus d'occasions de répéter les observations cliniques et de se livrer aux dissections des cadavres. Placé depuis huit ans à la tête de grands services des hôpitaux, nous n'avons nous-même eu que deux occasions de voir de semblables cas, et nous ne pouvons même présenter que le suivant avec une entière confiance.

» Obs. 5. Un moissonneur, âgé d'environ cinquante-cinq ans, arrive à pied et très fatigué pendant les chaleurs de juillet avec deux de ses compagnons dans un cabaret d'une des barrières de Paris. Il y était depuis une demi-heure, quand, voulant dîner, il se plaignit de migraine, d'anorexie, etc.; il ne mangea que quelques bouchées de pain et de fromage; il demanda du vin chaud sucré et en but un verre. Quelques instants après, il eut une perte de connaissance qui dura quelques minutes, et fut immédiatement suivie d'un vomissement dans lequel il rejeta le vin qu'il venait de boire. Il paraît que, revenu à lui, il ne reprit pas toutes ses facultés, car ses compagnons dirent qu'il ne semblait pas savoir où il était. Il resta appuyé durant une heure environ sur l'extrémité d'une table, ne proférant presque aucune parole, et ne répondant que par monosyllabes aux questions qu'on lui adressait. On le vit subitement tomber sur le côté du banc sur lequel il était assis vers l'angle de la salle où il se trouvait. On le releva : il était sans connaissance. On tenta inutilement de le faire sortir de cet état, et on l'apporta, une heure environ après, à l'hôpital Cochin, qui est dans le voisinage. Il fut saigné largement. Il passa la nuit dans un coma complet. Le lendemain, nous le trouvâmes avec une résolution complète des mouvements; les membres soulevés retombaient comme des corps inertes; la respiration était haute et fréquente. On pouvait provoquer des mouvements automatiques en pinçant les

deux jambes; mais la peau des membres supérieurs, celle des parties latérales du tronc, du cou et de la face, était insensible; les yeux étaient fixes et renversés en haut; les paupières abaissées; la langue était comme gonflée, et à demi engagée entre les mâchoires entr'ouvertes. Le pouls était plein, légèrement accéléré. Une saignée du bras de douze onces fut réitérée; des cataplasmes sinapisés furent promenés sur les extrémités. La respiration devint de plus en plus gênée, et la mort arriva le soir, vingt-deux heures après l'invasion de la maladie. L'ouverture du cadavre fut pratiquée trente-neuf heures après la mort. Le cadavre répandait déjà une odeur fétide; l'abdomen était très météorisé, et ses téguments étaient verdâtres. Le cerveau et ses annexes, examinés avec le plus grand soin dans toutes leurs parties, tant dans leur structure propre que dans celle des vaisseaux qui s'y ramifient, ne présentèrent aucune altération appréciable; la pulpe cérébrale, assez ferme, n'était pas injectée; la quantité du fluide céphalo-rachidien était si peu considérable, qu'on n'en trouva point dans les ventricules latéraux, et qu'il ne s'en écoula qu'une très petite quantité du fourreau rachidien. Les sinus encéphaliques n'étaient ni obstrués, ni altérés dans leurs parois. La moelle épinière fut examinée dans toute son étendue; elle ne présenta, non plus que ses annexes, aucune altération. Les plexus cervicaux, les nerfs glosso-pharyngiens, pneumo-gastriques et diaphragmatiques furent mis à découvert : ils étaient sains dans toute leur longueur. Les deux poumons étaient engoués dans une petite étendue de leur base par du sang noir, liquide et spumeux; le cœur, les grosses artères et les grosses veines étaient parfaitement sains. Les organes digestifs ne présentèrent rien d'insolite.

» Les phénomènes de l'apoplexie foudroyante étaient des plus prononcés chez cet homme. Son état ne pourrait être considéré comme différant en aucune manière de celui des sujets chez lesquels nous avons constaté après la mort tantôt des congestions sanguines, tantôt des hémorrhagies accomplies dans le cerveau, ou même une augmentation insolite de la quantité du liquide céphalo-rachidien. L'ouverture du cadavre n'a cependant fait reconnaître aucune lésion semblable. Cette lésion aurait-elle disparu dans l'intervalle de la mort au moment auquel nous avons pratiqué la dissection du cadavre? Cette disparition n'est pas admissible pour une hémorrhagie accomplie qui aurait produit un épanchement; mais il n'en est pas de même pour une congestion sanguine ou pour une augmentation rapide de la quantité du fluide céphalo-rachidien.

» L'expérience des médecins qui ouvrent beaucoup de cadavres leur apprend que l'état de congestion des vaisseaux cérébraux varie dans des limites extrêmement écartées sur les sujets qui ont succombé par des maladies dans lesquelles il ne s'est manifesté aucun accident cérébral; il en est de même chez ceux qui ont péri après des maladies cérébrales incontestables; en sorte qu'il faut beaucoup d'habitude pour distinguer où commence réellement la congestion encéphalique qui peut être considérée comme ayant contribué au développement des accidents. Il n'est pas possible de douter que le degré auquel une congestion encéphalique peut produire des accidents graves cérébraux et même la mort, ne soit très variable. La quantité du liquide céphalo-rachidien qui se trouve dans le réseau de la pie-mère, dans les ventricules du cerveau et dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis, est aussi très loin d'être constante, que les sujets aient eu ou non des accidents cérébraux; l'on ne peut donc réellement considérer comme ayant succombé par l'influence de la quantité augmentée de ce fluide, que les sujets sur le cerveau desquels la compression qui en a été le résultat a laissé pour trace l'agrandissement des ventricules et la dépression des circonvolutions. Mais comment démontrer que le degré auquel ces lésions persistent soit le moindre degré auquel l'augmentation de quantité du fluide céphalo-rachidien peut influer sur les fonctions cérébrales au point de les suspendre? Si rien n'est déterminé à cet égard, combien l'incertitude est-elle plus grande encore quand on considère que la congestion sanguine cérébrale, et même les plus faibles modifications dans la circulation encéphalique, font nécessairement varier la quantité du fluide incessamment sécrété et absorbé dans la cavité céphalo-rachidienne.

Lors donc que nous décrivons sur les cadavres la présence de congestions sanguines ou d'hydropisie cérébrale aiguë après des apoplexies, nous ne constatons que le degré le plus prononcé de ces lésions, ou, sans nous en rendre bien raison, nous interprétons les résultats de l'ouverture du cadavre par la connaissance des symptômes de la dernière maladie.

» La disparition de congestions qui existaient au moment de la mort sur des organes externes, accomplie peu de temps après la cessation de la vie, ne peut être révoquée en doute; on peut souvent la constater sur des sujets qui ont péri avec des rougeurs érysipélateuses, scarlatineuses, hémorrhagiques de la peau, de la muqueuse bucco-pharyngienne ou des conjonctives; les cas dans lesquels des traces de ces rougeurs persistent après la mort sont les plus rares. Les fluides séreux qui remplissaient des cavités sont souvent résorbés après la mort; c'est ainsi que les yeux s'affaissent par l'absorption d'une partie de l'humeur aqueuse et peut-être de l'humeur vitrée. Le fluide céphalo-rachidien remplit complétement pendant la vie les cavités ventriculaires et sous-arachnoïdienne du cerveau et du rachis, au point de déborder rapidement au dehors, si l'on vient à ouvrir ces cavités sur des animaux vivants; il est bien rare que l'on trouve ces cavités même à demi remplies par ce liquide sur les cadavres; il se résorbe donc aussi au moment de la mort ou peu après. Est-il donc surprenant que des congestions, un excès de quantité du fluide séreux encéphalique, suffisants pour suspendre les fonctions cérébrales, cessent de la même manière, au point de ne pouvoir plus être constatés sur les cadavres. Il faut avoir bien peu réfléchi sur les maladies et bien mal observé en médecine pour croire qu'on trouve dans les lésions des organes après la mort l'interprétation de tous les phénomènes morbides qui l'ont précédée. Les altérations qui se constatent sur les cadavres ne donnent même pas toujours exactement la mesure des lésions de texture qui existaient pendant la vie. N'y a-t-il pas d'ailleurs une multitude de conditions, dont la plupart sont encore indéterminées, qui font varier dans la fin de la vie et après la mort l'état des tissus et les proportions des fluides qui se trouvent dans les vaisseaux et dans les cavités de nos organes?

» Toutes ces considérations et bien d'autres qui se déduisent de l'histoire de la plupart des maladies nous déterminent à admettre qu'il peut exister des lésions encéphaliques consistant dans des modifications de la circulation cérébrale de la nature des congestions, ou dans des changements dans la quantité du fluide céphalo-rachidien, qui peuvent déterminer la suspension définitive des fonctions cérébrales, et cependant ne pas atteindre le degré auquel elles sont appréciables à l'ouverture du cadavre. Ces lésions encéphaliques, ne constituant pas des altérations matérielles de texture, peuvent être modifiées de manière à cesser d'être appréciables pour l'anatomiste, soit dans la fin de la vie, soit peu de temps après la mort. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. I, p. 487.)

Traitement. — L'apoplexie nerveuse ne peut avoir de traitement particulier, puisqu'elle n'est jamais reconnue qu'après la mort.

ARTICLE VI.

De l'état criblé du cerveau.

Nous plaçons, entre l'hémorrhagie et l'inflammation cérébrales, une altération particulière qui semble tenir de l'une et de l'autre, qui peut-être n'appartient cependant à aucune des deux, et qui a été signalée et désignée par M. Durand-Fardel sous le nom d'état criblé.

On sait que l'on trouve à la partie interne de la scissure de Sylvius, en dehors du chiasma des nerfs optiques, à la réunion des lobes antérieurs et moyens du cerveau, une lame de substance grise, très pâle, plane, d'une étendue de quelques millimètres carrés, et sur laquelle on remarque un grand nombre de petits trous, orifices de canaux qui pénètrent dans l'intérieur du cerveau. On sait encore que dans ces trous se logent des vaisseaux assez volumineux de la pie-mère, qui s'engagent dans les canaux qui leur succèdent, avant de se ramifier en filets, infiniment petits, dans la substance médullaire.

Lorsqu'une injection, même grossière, du système artériel a bien réussi, on voit,

en soulevant avec précaution la pie-mère, un grand nombre de petits vaisseaux s'en détacher à la manière d'un chevelu serré, et s'enfoncer perpendiculairement dans la substance cérébrale. Les points où les vaisseaux se laissent le mieux pénétrer par l'injection sont généralement la face supérieure du corps calleux, le lobule du corps strié, et enfin la lame de substance grise dont je viens de parler, et que, pour l'aspect qu'elle présente, l'on a appelé *lame criblée*. On voit alors très évidemment sur cette dernière un vaisseau plus volumineux que les autres, pénétrer dans chacun des trous qui les criblent, le remplir s'il est distendu par l'injection, n'en occuper qu'une faible partie s'il est vide. Je n'ai rien rencontré de semblable dans le corps calleux; mais cette disposition est ordinairement très prononcée dans l'épaisseur des petites circonvolutions qui forment le lobule du corps strié, et moins dans leur couche corticale que dans la couche de substance blanche qui sépare cette dernière du corps strié lui-même, et se trouve souvent percée, comme une écumoire, d'une infinité de petits trous très rapprochés. Cette disposition se rencontre habituellement encore tout le long de la scissure de Sylvius, où ces trous acquièrent quelquefois un diamètre assez considérable pour pouvoir donner passage à une petite tête d'épingle.

Nous avons cru utile de rappeler ces faits connus de tous ceux qui voient souvent des cerveaux, et consignés, d'ailleurs dans tous les livres d'anatomie, afin de bien établir et de faire saisir les différences qui existent entre l'état normal et celui qui a été décrit par M. Durand-Fardel. Voici la description que donne cet auteur de l'*état criblé :*

« Voici sous quel aspect se présente cette altération que je désignerai, à cause de l'aspect sous lequel elle se présente, du nom d'*état criblé du cerveau*.

» Lorsque l'on fait une coupe transversale d'un hémisphère, on voit la substance blanche criblée d'un grand nombre de petits trous arrondis, à bords bien nettement dessinés, autour desquels la substance cérébrale est ordinairement bien saine, et ne présente aucune modification de couleur ni de consistance.

» Ils sont disposés très irrégulièrement: tantôt jetés çà et là dans une assez grande étendue, tantôt arrangés en petits groupes où ils se trouvent en plus ou moins grand nombre.

» Leur diamètre varie : la plupart semblent avoir été faits à l'aide d'une aiguille fine que l'on aurait enfoncée dans la pulpe cérébrale, et dont l'empreinte y serait demeurée; quelques autres contiendraient presque une petite tête d'épingle.

» Un courant d'eau, projeté sur ces criblures, n'altère en rien leur forme; elles demeurent toujours béantes et nettement arrondies. Lorsqu'on les met sous l'eau, ou que l'on fait couler sur elles une nappe d'eau continue, de chacune d'elles on voit sortir et flotter un petit vaisseau rompu. Cela s'observe constamment, au moins sur le plus grand nombre de ces criblures, car il en est parfois quelques unes desquelles on ne voit rien sortir. Cette double apparence tient à ce que, à la coupe du cerveau, les vaisseaux se sont déchirés sous l'instrument, soit un peu au-dessus, soit un peu au-dessous du niveau de la coupe elle-même.

» Ces criblures, ces trous, qui se présentent ainsi à la coupe du cerveau, ne sont autre chose que les orifices artificiels de canaux creusés dans l'épaisseur de la pulpe nerveuse, et contenant chacun un vaisseau.

» Il est permis de regarder cette altération, évidemment liée à la dilatation générale des vaisseaux, comme le résultat de congestions sanguines répétées.

» Les vaisseaux les plus volumineux qui pénètrent l'intérieur du cerveau, reculent incessamment, par leur dilatation, la substance cérébrale environnante, et finissent par se former des canaux persistants, et dans lesquels ils se retrouvent très à l'aise, lorsque, après la mort, ils viennent à se désemplir. A l'état normal, cela ne s'observe, chez les enfants et les adultes, que dans les parties que j'ai indiquées, et d'une manière moins prononcée dans quelques autres points de la base, par exemple la lame triangulaire qu'embrassent les pédoncules du cerveau, parce que c'est là seulement que les vaisseaux ont un volume assez considérable pour que le cerveau ou les canaux qu'ils se sont creusés dans la substance cérébrale demeurent

visibles lorsqu'ils ont cessé d'être distendus par le sang. Partout ailleurs, en effet, on ne distingue guère les vaisseaux que par la couleur du sang, qui tranche vivement sur celle de la pulpe nerveuse, et on est même porté à regarder comme un état maladif celui où une assez grande quantité de sang pénètre le cerveau, pour qu'un certain nombre de ces vaisseaux puissent être suivis de l'œil.

» Lorsqu'on examine avec soin des cerveaux de vieillards, on peut aisément s'assurer que les vaisseaux qui les pénètrent sont généralement plus volumineux que dans les autres âges de la vie, ce qui se reconnaît au grand nombre de vaisseaux vides de sang que l'on distingue au centre des hémisphères, surtout si l'on pratique une section avec un mauvais instrument, qui tranche toujours plus aisément la substance du cerveau que les parois lâches et flasques des vaisseaux. Il n'est pas très rare, dans un âge avancé, de trouver quelques uns de ces canaux vasculaires, qui, réunis en un certain nombre, constituent ce que j'ai appelé *état criblé du cerveau;* mais alors ces criblures sont rares et surtout très étroites, et le plus souvent ne s'observent qu'avec peine.

» C'est dans les corps striés surtout qu'il est facile d'étudier les effets de l'âge sur la dilatation des vaisseaux, et les effets de cette dernière sur la substance cérébrale. Chez les vieillards, on trouve souvent les corps striés creusés de canaux, ayant jusqu'à 3 millimètres de diamètre, et contenant tous un vaisseau qui, vide de sang, paraît toujours d'une petitesse hors de proportion avec le canal qui le contient. Ces canaux suivent presque toujours une direction sinueuse, de sorte que, au premier abord, il semble, à la coupe du corps strié, voir de petites cavités à parois lisses et incolores; mais, avec un peu d'attention, on parvient constamment à distinguer leur trajet oblique et les vaisseaux qu'ils contiennent. Ces canaux vasculaires, qui s'observent du reste à tout âge, sont quelquefois si larges et si nombreux chez les vieillards, que le corps strié paraît, dans certains cas, avoir perdu plus de la moitié de sa substance; cet état, qui ne m'a jamais paru coïncider avec quelque altération particulière des fonctions cérébrales, s'accompagne ordinairement d'une apparence de dilatation générale des vaisseaux des hémisphères. Je recommande à l'attention des anatomo-pathologistes cette disposition des corps striés chez les vieillards; je suis convaincu que ces canaux vasculaires ont été plus d'une fois pris et décrits pour ces petites cavités anomales que Morgagni avait déjà signalées et dont on paraît encore ignorer la nature.

» Lorsqu'une congestion sanguine se fait dans le cerveau, elle détermine nécessairement une certaine dilatation des vaisseaux, mais passagère, et soit par suite de la déplétion naturelle, après la mort, du système vasculaire, soit par le retour de l'équilibre de la circulation, la substance cérébrale, momentanément refoulée, revient sur elle-même par sa propre élasticité, et reprend tout l'espace qu'elle occupait auparavant. Maintenant, on conçoit comment des congestions fréquentes, en renouvelant souvent le refoulement de la substance cérébrale autour de chaque vaisseau, finissent par y laisser l'empreinte des dilatations répétées qu'elles leur ont fait subir, et y creuser ces canaux que leur retrait laisse ridés et béants après la mort. Nous verrons tout à l'heure que l'étude des faits particuliers vient parfaitement à l'appui de cette explication.

» L'état criblé du cerveau n'est donc autre chose, tout porte à le croire, que le résultat d'une congestion chronique de cet organe. » (Durand-Fardel, *Mémoire sur une altération particulière de la substance cérébrale, Gaz. Méd.* de Paris, 1841.)

Après avoir fait remarquer l'extrême rareté de l'ossification ou même de l'altération quelconque des vaisseaux capillaires de l'intérieur de la substance cérébrale, et avoir montré ainsi que l'état criblé ne peut tenir à une affection de ces vaisseaux, M. Durand continue :

« Je n'ai jamais rencontré l'état criblé du cerveau que dans la substance médullaire, si l'on en excepte toutefois les parties où il existe naturellement, et que j'ai indiquées plus haut; je ferai remarquer, à ce propos, que les points de la superficie du cerveau qui présentent naturellement des criblures ne contiennent que peu ou point de substance grise. Partout ailleurs les vaisseaux qui se rendent de la pie-

mère dans le cerveau semblent se tamiser dans l'épaisseur de la couche corticale des circonvolutions.

» Deux fois j'ai rencontré des criblures dans le bulbe rachidien (obs. I et III), une fois dans la protubérance (obs. VII).

» Tantôt l'état criblé du cerveau se trouve répandu dans une grande étendue des hémisphères, tantôt on ne l'observe que dans un espace circonscrit.

» Dans certains cas, et cette distinction est fort importante, on ne rencontre dans le cerveau aucune autre lésion que l'état criblé; dans d'autres cas, au contraire, on le trouve lié à des altérations différentes, mais dont il est curieux de le rapprocher; tels sont le ramollissement cérébral sous ses diverses formes, et, en particulier, ce ramollissement général de la couche corticale des circonvolutions, que M. Calmeil a décrit comme la lésion propre à la paralysie générale des aliénés, l'induration de la substance cérébrale, etc.» (*Ibid.*)

L'auteur rapporte ensuite neuf observations à l'appui de sa description; nous nous contenterons de reproduire la plus complète d'entre elles.

Obs. *Démence; paralysie générale peu caractérisée; accidents généraux aigus; mort prompte. — État criblé de la substance médullaire des hémisphères et d'une pyramide postérieure; épanchement de sérosité roussâtre dans les ventricules latéraux.*

« La nommée Gérold, née Weiss, Allemande, est entrée, en juin 1836, à la Salpêtrière, affectée de démence (service de M. Pariset).

» Les renseignements suivants ont été donnés sur elle. Peu de temps avant son entrée à la Salpêtrière, cette femme étant en route pour son pays, dans lequel elle avait voulu retourner, se porta un coup de couteau à la gorge, dans la diligence. Elle avait déjà donné quelques signes de démence. Depuis un an elle ne peut plus marcher, il faut toujours la tenir assise ou couchée. Avant cette époque, elle n'avait jamais donné aucun signe de paralysie. Les mouvements des bras n'ont jamais paru affaiblis, non plus que ceux de la langue. Elle parlait beaucoup, criait et disait des injures avec une grande volubilité.

» Le 12 mars 1839, elle fut prise tout à coup, à six heures du soir, de contractions convulsives des membres, avec salive spumeuse dans la bouche, perte de connaissance, chute de sa chaise; elle fut portée dans son lit dans un état de raideur complète. Quelques instants après, on constata l'état suivant : froid glacial répandu sur tout le corps; facies grippé, pâle: les muscles de la face sont contractés vers la ligne médiane, ce qui lui donne un aspect courroucé; les yeux sont tantôt fermés, tantôt entr'ouverts; on ne parvient souvent qu'avec peine à séparer les paupières. Les yeux sont presque immobiles et déviés à gauche; les pupilles ne paraissent ni dilatées, ni contractées; on ne peut s'assurer si la vision est abolie. La bouche n'est point déviée, les lèvres sont pâles et rapprochées, les mâchoires fortement serrées. On introduit avec peine quelques gouttes de liquide dont la déglutition se fait assez bien. Il ne s'écoule point de salive. La respiration est calme et semble se faire seulement par les côtés; 18 inspirations par minute; pouls à 32, régulier, assez faible.

» La paroi abdominale, fortement rétractée contre la colonne vertébrale, offre une extrême dureté. Lorsqu'on y appuie la main, la malade cherche à l'éloigner et laisse échapper quelques mouvements plaintifs.

» Les membres inférieurs sont dans un état voisin de la demi-flexion, la jambe gauche passée sur la jambe droite de manière que le creux poplité de l'une répond au genou de l'autre. Il est impossible de rien changer à cette position.

» Les avant-bras sont dans une flexion complète sur les bras, les phalanges fléchies les unes sur les autres, et les doigts appliqués contre la paume de la main. Il est fort difficile de placer ces membres dans l'extension.

» La sensibilité paraît assez bien conservée, un peu moins dans le côté gauche que dans le côté droit. La malade ne profère aucune parole et paraît indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. (Sinapismes aux pieds; lavement avec 35

gouttes de laudanum ; potion fortement éthérée).

» Le lendemain matin, le froid est un peu moindre ; les yeux ne sont plus obliques ; la malade contracte convulsivement les paupières lorsqu'on dirige sur l'œil un corps étranger ; pouls faible, régulier, à 46, respiration libre.

» Elle meurt à six heures du soir. Un instant après, la chaleur paraît plus grande que le matin, une sueur froide et visqueuse recouvre tout le corps ; les membres supérieurs sont moins raides, les pupilles largement dilatées.

» *Autopsie quarante-cinq heures après la mort.* — La face externe de la dure-mère est d'un brun violet, ainsi que la voûte crânienne ; elle est parsemée de petits vaisseaux distendus par du sang. Quelques taches blanchâtres sur le feuillet vésical de l'arachnoïde. La pie-mère, un peu infiltrée de sérosité, ne présente pas d'injection et s'enlève très aisément de toute la superficie du cerveau. Les circonvolutions n'offrent aucune altération appréciable dans leur volume, leur forme, leur couleur, ni leur consistance.

» Dans le centre ovale de Vieussens, surtout à droite, la substance médullaire présente une injection sablée, un pointillé d'un rouge clair, sans altération de consistance. On voit, en outre, une multitude de petits trous béants, orifices des canaux formés évidemment de vaisseaux dilatés. Des points semblables, mais d'un diamètre un peu plus considérable, existent sous forme d'une série linéaire, parfaitement droite, dans l'épaisseur de la pyramide postérieure droite. On voit distinctement un petit vaisseau coupé dans le plus grand nombre de ces trous. Les points qui sont le siége de cette altération ressemblent à la substance criblée que l'on trouve à la partie interne de la scissure de Sylvius, ou même encore à la substance blanche qui forme l'écorce extérieure des corps striés.

» De la sérosité roussâtre existe abondamment dans les ventricules latéraux, surtout à gauche.

» La corne d'Ammon du côté droit est un peu mamelonnée à sa surface, et présente en avant une adhérence avec la substance cérébrale voisine. Cette adhérence a la forme d'une petite colonne blanche parfaitement cylindrique, d'une ligne et demie de longueur et d'une ligne de largeur.

» On ne découvre aucune autre altération dans la reste de l'encéphale, non plus que dans la moelle épinière et ses membranes.

» Les poumons sont sains, engoués dans leurs lobes inférieurs, par adhérence. La muqueuse bronchique est très rouge, un peu épaisse.

» Le péricarde contient un peu de sérosité. Ventricule gauche du cœur hypertrophié ; valvules aortiques épaissies et comme boursouflées à leur bord libre.

» Rien de remarquable dans l'abdomen.

» *Remarques.*— Il n'est pas absolument rare, chez les simples déments, de ne trouver à l'autopsie aucune altération qu'il soit possible de rattacher au trouble de l'intelligence observé pendant la vie ; mais je ne sache pas que la même absence de lésions anatomiques ait été bien authentiquement constatée, lorsqu'un certain degré de paralysie était venu se joindre à la démence. Presque constamment dans ce dernier cas, on rencontre un ramollissement de la couche corticale des circonvolutions dont une des observations qui suivent nous fournira un exemple.

» Ici nous ne trouvons qu'une altération d'une tout autre nature, portant, au contraire, sur la substance blanche. Nous ne chercherons pas à la rattacher au trouble des facultés intellectuelles, ou à celui des mouvements. Nous devons seulement constater le fait de sa présence et avec d'autant plus de soin, qu'une lésion de ce genre a dû rester plus d'une fois inaperçue.

» La paralysie n'a occupé que les membres inférieurs. Cette circonstance est assez remarquable ; car chez les aliénés atteints de paralysie on voit presque constamment celle-ci se montrer d'abord dans la langue, et puis ensuite à peu près en même temps dans les membres supérieurs et inférieurs. Il ne faut pas oublier que l'intégrité de la moelle et de ses enveloppes a été constatée ; nous noterons seulement la présence des criblures bien prononcées dans une des pyramides postérieures.

» Les accidents violents, si bien caractérisés, qui ont terminé la vie, sont-ils

suffisamment expliqués par l'injection du centre ovale des deux hémisphères, et par l'épanchement de sérosité roussâtre dans les ventricules latéraux? Je regrette que cette dernière altération n'ait pas été mieux déterminée dans l'observation. » (*Ibid.*)

Cette observation, ainsi qu'une seconde, appartient à une série où l'état criblé existait seul, et où, par conséquent, il était difficile de ne pas lui rapporter exclusivement les symptômes observés; dans une seconde catégorie, l'auteur a rangé des cas où l'état criblé a existé avec d'autres altérations diverses de la substance cérébrale, endurcissement, ramollissement, etc. Les cas où cet état a coexisté avec le ramollissement sont surtout curieux en ce que c'est quelquefois au centre du ramollissement lui-même qu'on l'a constaté.

En attendant que de nouvelles recherches nous apprennent le véritable rôle que joue l'état criblé dans tous ces cas, nous nous contenterons de joindre aux considérations et aux détails précédents les quelques paragraphes par lesquels l'auteur résume son mémoire.

« L'état criblé du cerveau est constitué par la présence d'un grand nombre de petits canaux creusés dans le sein du tissu cérébral, contenant chacun un petit vaisseau, à la dilatation duquel est due sans doute leur formation. Ces canaux, dont l'existence est normale dans certaines parties de la périphérie du cerveau, se montrent souvent à l'état de vestige, et sans caractère nécessairement pathologique chez les individus avancés en âge.

» Ils siègent ordinairement dans les hémisphères cérébraux, surtout au-dessous des circonvolutions; mais on les rencontre aussi dans la protubérance et le bulbe rachidien.

» Bien que se présentant sous un aspect un peu différent, les petites cavités dont les corps striés sont si souvent criblés peuvent être d'une nature toute semblable.

» Cette dilatation de la généralité, ou au moins d'un grand nombre d'entre les vaisseaux du cerveau, paraît devoir être rapportée ou à un état de congestion sanguine chronique, ou à des congestions répétées de cet organe.

» Les phénomènes observés dans les cas de ce genre, et les altérations avec lesquelles on voit habituellement coïncider l'état criblé du cerveau paraissent autoriser suffisamment cette interprétation.

» Deux fois l'état criblé du cerveau s'est montré à moi indépendant de toute autre lésion appréciable du tissu de cet organe. Dans un de ces cas, il y avait simple démence, dans l'autre démence et paralysie générale.

» Puis l'état criblé s'est rencontré uni au ramollissement superficiel des circonvolutions chez des aliénés atteints de paralysie générale, à l'induration générale ou ou partielle du cerveau, chez deux idiots entre autres dont l'un était en outre épileptique, et l'autre sujet à des accès de fureur; au ramollissement partiel du cerveau, à l'entour et au sein duquel il peut également siéger.

» Une lésion semblable à celle qui vient de nous occuper est de nature à échapper facilement à l'attention de ceux surtout qui ne la connaissent pas. Il est possible qu'elle ait existé dans quelques uns de ces cas que l'on a présentés comme les exemples les plus frappants de troubles cérébraux prononcés sans lésion anatomique qui puisse leur être rapportée. » (Durand-Fardel, *loc. cit.*).

ARTICLE VII.

De l'inflammation du cerveau, du cervelet et de la protubérance, ou de l'encéphalite.

Il pourrait sembler que l'inflammation du cerveau est tout aussi simple à décrire que l'hémorrhagie de cet organe, et qu'il ne s'agit uniquement que d'exposer successivement les lésions anatomiques, les symptômes qu'elles produisent, etc.; mais pour qu'il en fût ainsi, il serait nécessaire que tout le monde fût d'accord sur les véritables lésions qui appartiennent à l'inflammation, condition qui est malheureusement loin d'exister. Ce que les uns regardent comme appartenant à l'inflammation, d'autres le considèrent comme dépendant d'une tout autre maladie; ce que les uns regardent comme une inflammation des méninges, d'autres l'attribuent à une inflammation du cerveau, de telle sorte, qu'en définitive, on est fort embarrassé de savoir ce que l'on doit comprendre dans l'histoire réelle

de l'inflammation cérébrale, et cela d'autant plus, que la description de toutes les lésions que certains auteurs attribuent à l'encéphalite confondant en effet toutes ces lésions, il est fort difficile d'y faire le choix des cas certains et douteux pour en faire, sinon des maladies différentes, au moins des catégories distinctes : c'est cependant là ce que nous essaierons; car c'est le seul moyen de mettre un peu d'ordre dans le chaos des inflammations encéphaliques. Voici les principes qui nous guideront. Il y a une inflammation cérébrale que personne ne conteste, c'est celle qui se caractérise anatomiquement par les phénomènes ordinaires de l'inflammation; c'est celle-là seulement que nous décrirons dans cet article, quoiqu'il ne doive pas nous être toujours possible de faire abstraction complète de ce qui pourrait appartenir au ramollissement, puisque les principaux auteurs ont compris cette dernière affection sous la désignation d'encéphalite. L'encéphalite que nous décrirons est toujours bien circonscrite dans une partie du cerveau. Il est une seconde forme d'encéphalite qui affecte la surface des circonvolutions, qui est disséminée dans plusieurs parties de cette surface, et que M. Calmeil a décrite récemment sous le nom d'encéphalite *diffuse*. Il a attribué à cette encéphalite les symptômes que l'on a décrits généralement sous le nom de méningite; cette raison nous a fait renvoyer à l'histoire de cette maladie celle de l'encéphalite diffuse; enfin nous continuerons à décrire sous le nom de *ramollissement*, pour des raisons qui seront exposées plus loin, les cas que l'on comprend généralement sous cette dénomination depuis les travaux de M. Rostan. Nous nous bornerons donc, nous le répétons, à décrire ici l'*encéphalite circonscrite ou locale*.

Caractères anatomiques. — En abordant la description de ces caractères, on s'apercevra déjà du peu d'harmonie qui existe entre les auteurs qui partagent au fond la même opinion, c'est-à-dire qui comprennent sous le nom d'encéphalite la plupart ou toutes les lésions de l'encéphale. Voici d'abord comment Abercrombie divise les altérations anatomiques de l'encéphalite :

« Les modifications qui se présentent dans la marche de la maladie dépendent surtout des modes de terminaison. Ces modes de terminaison sont particulièrement les suivants :

» 1° La phlegmasie de la substance cérébrale peut se terminer dans la période inflammatoire; on trouve alors une certaine portion du tissu cérébral devenue très rouge, sans aucun changement de structure.

» 2° Le ramollissement simple, dans lequel une partie du cerveau est réduite en une masse pulpeuse molle, conservant sa couleur naturelle, sans qu'on trouve aucune trace de suppuration, et sans aucune odeur fétide, ce ramollissement simple constitue souvent le seul désordre morbide; mais il se rencontre aussi fréquemment combiné avec les désordres qui viennent d'être indiqués. Une portion de la partie malade présente alors une couleur très rouge, tandis que l'autre est simplement ramollie.

» 3° Le ramollissement avec les caractères que nous venons d'indiquer est souvent combiné avec la présence d'une certaine quantité de matière purulente.

» 4° La suppuration non circonscrite n'est peut-être qu'une modification du ramollissement; mais elle se caractérise par la prédominance et la plus grande proportion de matière purulente dans le tissu lésé. On trouve alors dans le cerveau une large cavité non circonscrite, à bords déchirés, remplie en partie de matière purulente fétide et en partie de substance cérébrale désorganisée. Autour de ce foyer, la pulpe cérébrale est ramollie et désorganisée.

» 5° Abcès circonscrits ou enkystés. Il se forme alors une cavité régulière, bien circonscrite, généralement revêtue sur ses parois d'un kyste mou, et entourée de substance cérébrale saine.

» 6° Ulcération de la surface du cerveau. » (Abercrombie, *Traité des maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*, trad. par A.-N. Gendrin, p. 102.)

M. Bouillaud a divisé en quatre périodes les lésions que présente l'encéphale des cadavres qui ont succombé à une inflammation cérébrale. Voici comment il décrit ces périodes :

Première période. — « La substance cérébrale est injectée, rouge, tuméfiée, lé-

gèrement indurée. On pourrait comparer cet état à la turgescence sanguine qui caractérise l'érection. Le sang n'a point encore éprouvé d'altération notable; et si l'on incise la portion enflammée, il ruisselle en gouttelettes multipliées de la surface des incisions, qui en est, pour ainsi dire, sablée. La rougeur devient rutilante par le contact de l'air, et tranche d'une manière frappante sur le fond blanc ou gris de la substance cérébrale. Quelquefois la congestion sanguine a été assez violente pour briser quelques vaisseaux capillaires, et alors le sang est infiltré dans la substance cérébrale, où il peut même former de petites ecchymoses, des espèces de foyers apoplectiques partiels. Cet accident arrive d'autant plus souvent que la mollesse extrême de la pulpe cérébrale la rend peu propre à résister aux efforts du sang que l'irritation fait affluer par une sorte d'attraction vitale, dans les vaisseaux de la partie malade.

» La rougeur présente d'ailleurs plusieurs nuances, et passe, par une sorte de dégradation, du rouge le plus foncé à une simple teinte rosée. Ces nuances de la coloration rouge paraissent tenir à la quantité et peut-être aussi à la nature du sang que l'irritation attire dans le point qu'elle occupe. Sans doute que, dans ce premier degré, la substance cérébrale tend déjà à se désorganiser. Toutefois, cette tendance désorganisatrice altère si légèrement le tissu cérébral, qu'elle ne laisse nulle trace après elle dans les cas heureux, mais trop rares, où l'inflammation se termine par avortement ou même par résolution.

» *Deuxième période.* — Dans celle-ci, l'organisation de la pulpe cérébrale est manifestement altérée; cette pulpe a notablement perdu de sa consistance; on dirait que la force de cohésion qui réunissait ses molécules a été plus ou moins complétement détruite, et que la substance tend, en quelque sorte, à passer de l'état solide à l'état liquide, d'où le nom de ramollissement sous lequel quelques auteurs modernes ont désigné l'inflammation du cerveau. Toutefois, il ne faut pas confondre le ramollissement avec la perte de cohésion d'un tissu enflammé : ce sont deux choses distinctes. Ainsi, par exemple, le système cellulaire affecté de phlegmasie offre si peu de cohésion, ou plutôt présente une telle fragilité, qu'il se déchire et se rompt au moindre effort, bien que, loin d'être ramolli, il soit plus dur que dans l'état naturel. Cette perte de cohésion du tissu cellulaire, par suite de son inflammation, explique une foule de phénomènes très remarquables. Ainsi elle explique pourquoi, dans les phlegmasies des membranes muqueuses et séreuses, celles-ci se détachent, pour ainsi dire, d'elles-mêmes des membranes sous-jacentes. Il m'est souvent arrivé, dans des cas d'entérite, de séparer, au moyen d'une traction très légère, la membrane muqueuse d'avec celle sur laquelle elle est appliquée dans toute l'étendue où régnait l'inflammation, c'est-à-dire dans l'étendue de plusieurs pieds. Dans des cas de péritonite, le péritoine péri-intestinal se détache avec la même facilité, et, dans l'une et l'autre circonstance, c'est à l'inflammation, et par suite à la perte de cohésion de la couche celluleuse sous-jacente, qu'il faut attribuer l'extrême facilité avec laquelle on parvient à isoler, soit la membrane muqueuse, soit la membrane séreuse de l'intestin.

» Cette perte de cohésion, cette fragilité que nous signalons ici, est un phénomène que M. Dupuytren paraît avoir observé le premier, et sur lequel, dans ces derniers temps, M. Lallemand a fixé l'attention d'une manière particulière. De tous les caractères anatomiques de l'inflammation, c'est peut-être le plus général, le plus constant, le plus essentiel; il se trouve dans les inflammations des tissus parenchymateux, comme dans celles des tissus membraneux. Le travail phlegmasique triomphe de la force de cohésion des organes les plus résistants. Qui ne sait, en effet, aujourd'hui, que le foie, les reins, la rate, les poumons, le cœur, les muscles, s'écrasent en quelque sorte sous les doigts, lorsqu'ils ont été enflammés? Les os eux-mêmes deviennent alors d'une fragilité singulière; le tissu artériel si éminemment élastique, doué par excellence de la force de cohésion, devient si fragile lorsqu'il est enflammé, qu'il se rompt sous le seul effort du sang.

» Quoi qu'il en soit, je répète que le ramollissement du tissu cérébral me pa-

raît devoir être distingué de sa perte de cohésion.

» L'explication de ce dernier phénomène est encore couverte d'un voile épais. Il est assez probable, au contraire, que le ramollissement proprement dit dépend de la présence d'une certaine quantité de pus infiltrée dans la substance cérébrale, ou plutôt qu'il n'est autre chose qu'une suppuration plus ou moins avancée. Le pus, épanché au milieu de cette substance, la dissout et tend, pour ainsi dire, à lui faire partager son état liquide. Le ramollissement du cerveau est d'ailleurs susceptible d'un grand nombre de degrés différents, depuis celui où la substance cérébrale est à peine plus molle que dans sa texture normale, jusqu'à celui où elle est réduite à une sorte de colliquation telle qu'elle ressemble à une bouillie ou à une crème peu épaisse. Dans ce dernier degré, la substance cérébrale est réellement désorganisée. Lorsque le ramollissement ne fait que commencer, il est accompagné de rougeur, d'injection sanguine et de gonflement, il constitue alors le ramollissement rouge ou jaune de certains auteurs. Mais à mesure qu'il fait des progrès, la rougeur, l'injection et la turgescence inflammatoire diminuent, et, sous cette nouvelle forme, il représente le ramollissement blanc ou crémeux des auteurs indiqués plus haut. Ce ramollissement aurait-il donc changé de nature pour avoir changé de couleur? Je ne saurais le croire. Les deux formes qu'il revêt appartiennent à toutes les inflammations. Effectivement, puisque ce ramollissement n'est autre chose qu'une terminaison par suppuration de l'encéphalite, on conçoit aisément que la rougeur, la tuméfaction et l'injection sanguine, phénomènes primitifs de cette phlegmasie, doivent être d'autant moins prononcées qu'elle est plus ancienne et plus voisine de cette période que les anciens désignaient sous le nom de coction. Alors, ainsi que l'a fort bien vu M. Lallemand, le pus prend en quelque sorte la place du sang, s'infiltre comme lui dans la substance cérébrale, la pénètre de toutes parts, la dissout, et se combine, pour ainsi dire, avec elle. Mais au lieu de la colorer en rouge, il affaiblit la teinte noire qui lui est naturelle, et, tandis qu'il altère à peine la coloration de la substance blanche, il change considérablement, au contraire, celle de la substance grise, ou plutôt il décolore celle-ci au point qu'elle se confond entièrement avec la substance blanche. Au reste, suivant que le pus aura une teinte jaunâtre, blanchâtre ou verdâtre, il altérera diversement la coloration de la substance encéphalique. J'ai souvent trouvé la portion du cerveau ramollie, de couleur d'un beau jaune serin. Mais comme, dans ces cas, il existait en même temps une infiltration sanguine plus ou moins marquée, peut-être est-il rationnel de penser que la coloration jaune dépendait de la présence du sang dont une partie avait été déjà résorbée. On sait, en effet, que, à mesure que l'absorption s'empare du sang épanché dans une de nos parties, la couleur rouge ou noire passe peu à peu à une teinte jaune.

» *Troisième période.* — Dans cette période, le pus, d'abord simplement infiltré dans la pulpe cérébrale, brise peu à peu les cellules dans lesquelles il était retenu, se réunit en foyer et forme ces collections purulentes plus ou moins considérables, que l'on est convenu de désigner sous le nom d'abcès. Ceux-ci peuvent être distingués en abcès récents et en abcès anciens.

» Le pus des premiers, en contact immédiat avec la substance cérébrale, est, pour ainsi dire, libre. Le pus des seconds, au contraire, séparé de la pulpe cérébrale, est contenu et comme emprisonné dans une membrane plus ou moins épaisse, de nature celluleuse, connue sous le nom de kyste, ce qui a fait donner le nom d'abcès enkystés à ceux autour desquels elle s'est organisée. Les abcès cérébraux ressemblent exactement à ceux qui se forment dans le tissu cellulaire lui-même et dans tous les organes parenchymateux tels que le foie, les poumons, etc. Le pus qu'ils contiennent offre diverses variétés relatives à sa couleur, à sa consistance, à son odeur, et peut-être aussi à sa composition chimique. En général, il n'exhale pas une odeur très forte ; il est souvent verdâtre ou jaunâtre, homogène. Je l'ai vu quelquefois, à l'instar de celui des membranes séreuses, formé d'une partie liquide et d'une partie concrète, celle-ci nageant, sous forme de flocons, au milieu de la première.

» Le kyste, qui s'organise peu à peu autour du pus, ne présente pas de différences moins notables que celui-ci. Des espèces de franges tomenteuses, flottant au milieu de la portion liquide du pus, sont les premiers rudiments de cette formation nouvelle. Ces franges elles-mêmes, productions organisées, naissent au sein de la partie coagulable dont se compose le pus. Une couche de celle-ci se dépose sur les parois du foyer, les revêt de toutes parts. Primitivement amorphe, cette lymphe coagulable, comme on l'appelle, fécondée, pour ainsi dire, par les parties vivantes avec lesquelles elle est en contact, ne tarde pas à vivre elle-même et à s'organiser. Un réseau vasculaire s'y forme de toutes pièces, et par les anastomoses qui s'établissent entre lui et les capillaires de la substance cérébrale, le kyste contracte des adhérences et des communications intimes avec cette dernière. Il ne consiste d'abord qu'en une lame très mince, délicate, facile à rompre, fragile, analogue par sa ténuité à une toile d'araignée. Mais insensiblement, et par le mécanisme que nous venons d'indiquer, de nouvelles couches de lymphe coagulable s'organisent autour d'elle, de sorte qu'il n'est pas rare de rencontrer des kystes composés de trois ou quatre feuillets concentriques, de la même manière que certaines fausses membranes pleurétiques sont composées de plusieurs lames juxta-posées. Plus les abcès sont anciens, plus, en général, sont nombreux les feuillets du kyste qui les entoure, en sorte que l'on peut juger par le nombre de ceux-ci de l'ancienneté de l'abcès. Quelquefois, mais assez rarement, le kyste se transforme en tissu fibreux ou fibro-cartilagineux. Plus rarement encore on trouve sur ses parois quelques incrustations calcaires.

» La surface interne des kystes est polie, onctueuse au toucher, et paraît tenir le milieu entre celle des membranes séreuses et celle des membranes muqueuses. Mais je ne crois pas, avec quelques auteurs, que ces kystes doivent être considérés comme parfaitement semblables à une membrane muqueuse. Leur surface externe d'abord à peine collée ou plutôt simplement appliquée sur la substance cérébrale environnante, s'y fixe de plus en plus intimement, s'y greffe pour ainsi dire au moyen des filaments cellulo-vasculaires dont il a été question plus haut.

» Il serait bien important de savoir si le liquide contenu dans les abcès enkystés du cerveau, peut être complétement résorbé; si les parois opposées du kyste, après s'être rapprochées jusqu'au contact, finissent par s'agglutiner ensemble, comme cela arrive dans plusieurs cas d'épanchements pleurétiques. L'analogie nous porte à croire que cette heureuse terminaison n'est pas au-dessus des ressources de la nature. Pour moi, je suis tenté de croire que plusieurs cicatrices, prises jusqu'ici pour des suites d'épanchements apoplectiques, doivent réellement être considérées comme la terminaison de phlegmasies cérébrales. J'ajouterai que, dans les cas où il a existé primitivement un foyer apoplectique, les cicatrices dont il s'agit, parfaites ou imparfaites, sont des preuves certaines que la partie où elles se rencontrent a été le siége d'un travail inflammatoire; car l'idée de cicatrice est inséparable de celle de l'inflammation : la première suppose nécessairement la seconde. Enfin, puisque les recherches intéressantes de M. Riobé ont démontré que les épanchements apoplectiques peuvent être suivis de résorption et de guérison, on ne voit pas pourquoi les abcès ou les foyers purulents ne jouiraient pas de cet heureux privilége. Avouons toutefois que ce point important de l'histoire des phlegmasies cérébrales n'est pas encore suffisamment éclairé, et que de nouvelles observations sont seules capables de dissiper complétement le reste d'obscurité qui l'enveloppe. » (Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*, p. 235.)

La quatrième période de M. Bouillaud comprend la description des productions tuberculeuses et squirrheuses que l'auteur considère comme un produit de l'inflammation; mais cette opinion est tellement abandonnée aujourd'hui, que nous croyons parfaitement inutile de faire connaître ce que l'auteur dit de ces productions, que nous aurons d'ailleurs l'occasion d'étudier plus tard d'une manière complète.

M. Lallemand a été considéré à juste titre comme celui qui a mis le plus d'art à grouper, à lier les unes aux autres toutes les altérations qui, d'après lui et d'après plusieurs de ceux qui l'ont suivi, appar-

tiendraient à l'inflammation. Dans une première catégorie, il décrit les inflammations qui se caractérisent par les différents degrés de rougeur et d'injection; dans une deuxième, celles dans lesquelles on trouve le pus infiltré dans le tissu cérébral; dans une troisième, celles où le pus se trouve réuni en collection; et enfin dans une quatrième celles où une induration rouge a été la suite de l'état phlegmasique. Les observations que l'auteur rapporte avant de tracer la description générale propre à chacune de ces catégories, sont surtout intéressantes à étudier sous le rapport de l'art avec lequel elles sont disposées; mais ne pouvant les faire connaître toutes, nous nous contenterons de rapporter ici la description générale elle-même, que nous ferons suivre de quelques réflexions.

La première catégorie comprend les *ramollissements avec injection vasculaire, infiltration ou épanchement de sang, ou bien coloration particulière du tissu affecté.*

« I. Si vous suivez, dit l'auteur, à l'aide des faits, les différents degrés d'injection sanguine de la substance nerveuse, en partant de la simple distension des vaisseaux, vous arriverez à l'épanchement apoplectique par des transitions tellement insensibles qu'il vous sera impossible de trouver une ligne de démarcation à laquelle vous puissiez vous arrêter.

« II. Le premier degré d'injection sanguine est celui que nous avons rencontré dans les portions de cerveau non ramollies et dans les membranes. On l'observe quelquefois, comme nous le verrons en parlant de l'apoplexie, seul, sans aucune altération du cerveau; elle est alors générale, uniforme, et peut être portée assez loin pour causer la mort. Quand on coupe alors le cerveau par tranches, on voit suinter de sa surface une foule de gouttelettes de sang qui se reproduisent quand on les essuie, et donnent à la substance blanche une teinte rosée, comme si on avait étendu sur du papier du sable rouge. Dans les cas de ramollissement avec infiltration ou épanchement de sang, la partie saine du cerveau est d'autant plus injectée qu'on s'approche davantage du foyer de la maladie.

» Dans l'observation n° 3, la portion du cerveau ramollie était, dans quelques points, d'une couleur rosée; dans d'autres, d'une teinte plus foncée; dans deux autres, n°s 2 et 9, elle était d'un rouge amarante et réduite en putrilage; dans une autre, n° 5, elle était d'un rouge foncé; dans celle que nous avons rapportée n° 6, elle était d'un rouge violet ou lie de vin; dans une autre, n° 12, le sang était infiltré, comme combiné avec la substance cérébrale, mais pas encore épanché, réuni en caillot; dans deux autres, l'altération était si équivoque, que je n'ai pu prononcer si le sang qui formait au milieu du ramollissement une espèce de caillot était réellement épanché, ou seulement infiltré dans la substance cérébrale. Dans les observations 7 et 11, il existait, dans la portion du cerveau ramollie, pénétrée de sang, plusieurs petits épanchements isolés. Enfin, dans un grand nombre d'autres qui trouveront leur place ailleurs, vous verrez un caillot plus ou moins considérable, entouré d'une altération du cerveau semblable à celle dont nous venons de parler. Remarquez que dès le moment où nous avons trouvé une injection considérable, elle était en même temps circonscrite; la substance cérébrale était altérée, les vaisseaux n'étaient plus distincts, la couleur était homogène, comme si la partie affectée eût macéré dans du sang. Ainsi, sous le rapport de l'aspect que présente l'altération organique, l'espèce de ramollissement dont nous parlons se lie déjà d'une manière intime aux hémorrhagies cérébrales.

» III. Le siége de la maladie n'est pas moins digne de notre attention. Sur vingt et une observations que nous avons rapportées, il y en a deux de Morgagni où il n'est pas déterminé (n°s 18 et 19), une où il n'est qu'indiqué d'une manière vague (n° 9), quoiqu'il soit très probable que c'était ou la couche des nerfs optiques, ou le corps strié gauche. Nous l'avons trouvé cinq fois dans le corps strié, dont quatre à droite (n°s 4, 6, 14 et 15), et l'autre à gauche (n° 12); trois fois dans la couche des nerfs optiques, dont une à droite (n° 13), une à gauche (n° 1), et une des deux côtés à la fois (n° 21). Dans sept observations, c'était la surface des circonvolutions qui était affectée, quatre fois à gauche (n°s 3, 7, 8 et 11), et trois fois des deux côtés (n°s 5, 16 et 20); dans une c'était la protubérance annulaire (n° 17);

dans une autre enfin, le milieu de l'hémisphère droit. Vous voyez donc que dans la moitié de ces observations, l'espèce de ramollissement qui nous occupe avait précisément son siége dans la partie du cerveau où, suivant la remarque de Morgagni, si souvent vérifiée depuis, on rencontre le plus ordinairement les épanchements sanguins; ce qui est un point de contact de plus entre ces deux maladies.

» Dans les autres, excepté une seule (nº 2), l'altération occupait la substance grise du cerveau; et comme le corps strié et la couche des nerfs optiques sont également composés, en grande partie, de substance grise, il en résulte que dans tous ces cas, moins un, c'était la substance grise qui était malade. Cette remarque est importante sous plusieurs rapports. »

M. Lallemand fait remarquer ici que c'est surtout dans la substance grise que se ramifient les vaisseaux sanguins de l'encéphale, et il attribue à cette circonstance l'injection plus fréquente de cette substance; puis il continue :

« Vous avez peut-être été surpris de voir, au commencement de ces réflexions, que je parlais de l'injection vasculaire, de l'infiltration sanguine du cerveau désorganisé et de sa coloration particulière, comme de deux choses distinctes : c'est qu'en effet cette couleur particulière ne tient pas uniquement à la présence du sang. Morgagni, qu'il faut toujours citer en fait d'exactitude, dit dans sa lettre 4ᵉ, nº 21, en décrivant l'autopsie du prêtre de Vérone, Ferrasinius (voyez nº 19) : « A quoi tenait cette couleur brune de la substance cérébrale? J'aurais cru qu'elle tenait à la quantité du sang (car on voyait çà et là de petits vaisseaux apparents), si je n'avais vu ces vaisseaux plus nombreux et cette quantité de sang plus considérable, dans des cas où la substance médullaire était restée blanche; » et dans le paragraphe suivant, il ajoute : « Quidquid illud erat quod inter fibras cerebri passim depositam eam substantiam infuscabat, etc. » Il fait à peu près les mêmes réflexions dans sa lettre 5ᵉ, nº 16, à l'occasion d'une coloration semblable trouvée chez ce vieillard dont Mediavia lui avait raconté l'histoire. (Voy. observation 18.)

» La remarque de Morgagni est très exacte, puisque l'injection sanguine, comme vous avez pu le remarquer, n'est pas toujours en rapport avec les nuances plus ou moins foncées de la coloration; d'ailleurs les différentes teintes que pourraient former des quantités de sang variées, n'expliqueraient pas encore la couleur grise ou grisâtre du corps strié (nᵒˢ 14 et 15) de la surface du cerveau (nº 16) de la protubérance annulaire (nº 17); la couleur brune ou brunâtre de la couche optique (nᵒˢ 1 et 13, voyez aussi nᵒˢ 18 et 19), de la surface des circonvolutions (nº 20), brune, noirâtre, des deux couches optiques (nº 21), lie de vin du corps strié (nº 6). Elle ne nous expliquerait pas pourquoi, dans la troisième observation, la surface du cerveau était rouge dans certains points et brune dans d'autres; pourquoi, dans la seconde observation, la maladie ayant son siége au milieu de l'hémisphère droit, c'est-à-dire dans la substance blanche, le cerveau, quoique très injecté, était d'un rouge amarante, et non pas gris ou brun, etc. D'après cette simple récapitulation, avec indication du siége de la maladie, vous aurez déjà conclu que cette couleur particulière et ses différentes nuances tenaient à la combinaison en différentes proportions du sang et de la substance grise : et ce qui le prouve encore davantage, c'est que dans les cas où nous avons vu la substance grise et la substance blanche également ramollies dans le même cerveau, cette dernière ne participait en rien à la coloration de la substance grise. Par exemple, dans l'observation nº 7, le centre ovale de Vieussens ramolli, ainsi que la surface des circonvolutions, était seulement jaunâtre. Dans l'observation nº 6, le corps strié, désorganisé, était de couleur lie de vin et la substance blanche environnante, comme diffluente, n'avait pas changé de couleur. Vous retrouverez exactement les mêmes circonstances dans l'observation nº 12. Dans l'observation nº 14, le corps strié était d'un gris foncé au centre, d'un jaune verdâtre à la circonférence. Dans l'observation nº 15, de M. Rochoux, le corps strié était grisâtre, la portion de l'hémisphère continue était légèrement jaune, au moins aussi molle, etc. Voyez aussi l'observation 11 dans laquelle

la paroi postérieure du ventricule était détruite comme par suppuration, sans coloration particulière; et l'observation 11, dans laquelle le ramollissement de la protubérance annulaire était grisâtre en dessous et blanc en dessus.

» Je crois que vous ne pourrez pas maintenant conserver le moindre doute sur la cause de cette coloration particulière du cerveau. Si Morgagni ne l'a pas trouvée, c'est qu'il n'a pu comparer entre elles un assez grand nombre d'observations, et surtout parce que dans la plupart (voyez obs. 18, 19 et 20) le siége de la maladie n'est déterminé que d'une manière vague. Ce n'est que par une attention minutieuse dans l'observation des faits, par une exactitude rigoureuse dans leur exposition qu'on peut espérer d'arriver à quelque résultat positif.

» En résumé : 1° la différence de couleur que présentent les différents ramollissements du cerveau, quoique souvent très grande, ne doit pas les faire regarder comme des maladies distinctes; 2° la substance grise, qui reçoit beaucoup de vaisseaux et les plus volumineux, a une disposition particulière au ramollissement, avec injection vasculaire, infiltration ou épanchement de sang; tandis que la même altération de la substance blanche, qui en reçoit peu et de très déliés, est très rarement accompagnée d'injection remarquable (nous n'en avons qu'un exemple n° 2), mais est, au contraire, pâle, jaune citrine, verdâtre, etc. ; 3° la couleur grise, brune, noirâtre, etc., dépend moins encore de l'injection vasculaire que du mélange du sang avec la substance grise, et ne s'observe pas dans la substance blanche. » (Lallemand, *Lettres sur l'encéphale*, première lettre, p. 76).

M. Lallemand discute ici la question de savoir de quelle nature sont ces ramollissements gris, verts ou blancs, et il se prononce en faveur d'une nature inflammatoire; nous renverrons à l'histoire du ramollissement la discussion de ce point de pathologie. Pour le moment, nous allons voir comment l'auteur explique le mécanisme physiologique des ramollissements et des hypérémies qu'il confond ensemble, quelle que soit leur cause.

« Fluxion ou congestion cérébrale brusque, rapide, distension des vaisseaux, vertiges, éblouissements, étourdissements, illusions d'optique, tintements d'oreille, etc. Si elle est plus énergique et que les vaisseaux résistent, coup de sang, paralysie générale, parce que l'injection vasculaire est générale; mort prompte ou disparition rapide des symptômes. Si, dans l'intervalle de ces espèces d'accès, les vaisseaux restent plus ou moins engorgés, état de somnolence habituelle, stupeur, diminution des facultés intellectuelles. Si une évacuation sanguine périodique est supprimée, c'est à l'époque où elle eût reparu que revient la congestion, à la suite de ces fluxions répétées, dilatation habituelle des vaisseaux, affaiblissement de leurs parois. Si la congestion est plus énergique ou concentrée vers un point du cerveau, ou que les vaisseaux résistent moins, hémorrhagie, épanchement de sang plus ou moins considérable, désorganisation et compression subite du cerveau, paralysie instantanée, apoplexie proprement dite. Si la congestion est moins rapide, plus continue, infiltration, espèce de combinaison du sang avec la substance cérébrale, épanchement de quelques gouttes de sang : l'hémorrhagie est incomplète, avortée, la congestion continue; ramollissement, désorganisation du cerveau, état intermédiaire à l'apoplexie et à l'inflammation, apostema sui generis, apoplexia a repletione apostemate : la paralysie est moins rapide dans sa marche et accompagnée de symptômes nerveux.

» Si la congestion est encore plus lente, plus régulière, d'abord injection sanguine, symptômes d'irritation, convulsions, douleur, raideur, etc. ; ensuite altération de la substance cérébrale, engourdissement, paralysie successive des membres supérieurs, puis des inférieurs; enfin, désorganisation complète, résolution, flaccidité des membres comme dans l'apoplexie; mais de même que toute inflammation offre des moments de rémittence et d'exacerbation; de même des congestions cérébrales reviennent par accès, avec coloration de la face, symptômes épileptiques, etc.; après quoi, flaccidité des membres, stupeur. La désorganisation du cerveau devient-elle complète, plus d'ac-

cès : un épanchement de sang a-t-il lieu dans peu de ces congestions, même résultat.

» Une première congestion brusque amène un épanchement sanguin, paralysie avec résolution (apoplexie); plus ou moins longtemps après, nouvelles congestions, la présence d'un corps étranger augmente l'irritation; inflammation des parois du foyer, ramollissement consécutif : si le caillot n'est pas assez considérable pour anéantir les fonctions de cette moitié du cerveau, contraction des muscles paralysés, douleur, mouvements convulsifs, etc., c'est-à-dire symptômes consécutifs de ramollissement ou d'inflammation du cerveau. Si le caillot est plus volumineux, et par conséquent la compression du reste de l'hémisphère plus considérable; alors, malgré le ramollissement, c'est-à-dire l'inflammation des parois du foyer, les fonctions de cette moitié du cerveau étant anéanties, point de phénomènes nerveux, point de symptômes d'irritation cérébrale dans les parties paralysées. C'est le cas le plus commun dans les apoplexies. Ainsi le ramollissement du cerveau ou inflammation peut avoir lieu en même temps que l'hémorrhagie cérébrale ou apoplexie, et par l'effet d'une même cause, la congestion précéder ou suivre l'épanchement, être par conséquent tantôt cause. tantôt effet. » (Lallemand, *loc. cit.*, première lettre, p. 98.)

Ainsi qu'on le voit, l'auteur considère comme identiques ou à peu près toutes les congestions, quelle que soit leur cause, et il est disposé à leur attribuer s'il ne leur attribue pas complétement les mêmes résultats pathologiques; en appliquant cette doctrine à la peau et au tissu cellulaire, une ecchymose purpurique ou scorbutique ne différerait pas d'un phlegmon; nous croyons que cela suffit pour juger la doctrine du savant professeur.

Passons maintenant à un autre passage du même auteur.

Une des parties les plus originales, les plus remarquables, mais aussi les plus sujettes à discussion de l'ouvrage de M. Lallemand est celle où cet ingénieux pathologiste discute les faits de sa seconde catégorie dans laquelle il place les *ramollissements avec infiltration de pus et de suppuration commençante*. La description de l'auteur mérite d'être attentivement suivie.

« I. Vous avez vu, par les observations de la lettre première, que toutes les fois que la substance grise était ramollie, injectée, pénétrée de sang, elle avait une couleur plus foncée que dans l'état naturel. Nous en avons conclu que cette coloration particulière tenait à la présence du sang dans la substance grise, et cela, avec d'autant plus de certitude, que nous n'avons jamais trouvé cette couleur brunâtre violacée, etc., dans la substance blanche. Maintenant vous venez de voir que toutes les fois que nous avons trouvé dans la substance grise désorganisée, ou dans les environs une suppuration bien évidente, cette même substance grise était décolorée, d'un blanc sale, jaunâtre, verdâtre, etc. D'où il me semble naturel de conclure que quand elle est ramollie, diffluente, pâle, blanchâtre, jaunâtre, etc., quoique nous n'y trouvions pas de véritables abcès, ce n'est pas moins à la présence du pus qu'il faut attribuer cette altération de sa couleur naturelle; seulement, il n'est encore qu'infiltré dans son tissu, il ne peut être reconnu que par analogie, parce qu'il n'est pas encore réuni en masse assez considérable pour être appréciable au premier coup d'œil. Ainsi, de même que le sang injecté dans les vaisseaux de la substance grise, infiltré ou combiné avec elle en différentes proportions, lui communique différentes nuances de couleur, depuis le rouge grisâtre, jusqu'au violet noirâtre; de même, lorsque la suppuration commence à s'établir, le pus remplace le sang et imprègne de sa couleur la substance grise dans laquelle il s'infiltre, s'y combine d'abord, avant de se réunir sous forme d'abcès, et, suivant son abondance et sa couleur propre, il lui communique différentes nuances depuis le blanc sale jusqu'au vert. De même aussi que nous avons été conduits, de l'injection vasculaire la plus simple à l'épanchement de sang des apoplexies, par des nuances insensibles entre lesquelles nous n'avons pu trouver de ligne de démarcation bien tranchée, de même nous sommes arrivé, en sens inverse, par des transitions imperceptibles, des abcès ou collections de pus au milieu de la substance

cérébrale ramollie jusqu'à la simple décoloration de la substance grise par l'infiltration du pus.

» Jusqu'à présent je n'ai parlé que de la substance grise, parce que sa couleur naturelle nous offrait un terme de comparaison que nous n'avions pas dans la substance blanche. Mais de même que l'injection sanguine donne à cette dernière une teinte rosée, ou rouge plus ou moins foncée, de même le pus, lorsqu'il est coloré, lui communique son aspect jaunâtre, verdâtre, etc.; et, comme il arrive quelquefois que le pus est d'un blanc plus ou moins mat, vous concevez qu'alors il ne peut pas changer la couleur de la substance blanche. Ce cas est, je l'avoue, fort obscur, peu susceptible d'une démonstration positive; il n'y a que l'analogie qui puisse entraîner la conviction. C'est à vous de juger si elle peut être suffisamment établie. Quoi qu'il en soit, la couleur jaune, verte, etc., de la substance cérébrale ramollie n'indique pas moins positivement la présence du pus, que la couleur rose, rouge, etc., n'indique celle du sang; et l'infiltration du pus dans la substance cérébrale désorganisée ne caractérise pas moins exactement le commencement de la seconde période de l'infiltration du cerveau que l'injection sanguine ne caractérise la première.

» II. Consultons maintenant les analogies, et voyons si ces données s'accordent avec tout ce que nous savons des inflammations phlegmoneuses. Quand on examine le tissu d'un organe qui a été affecté d'inflammation aiguë arrêtée par la mort au milieu de sa première période, on trouve son parenchyme infiltré de sang, rouge, brun, violacé; ses plus petits vaisseaux sont développés, son tissu est très facile à déchirer. Je vous ai fait voir que cet état correspondait à celui du cerveau dans les observations de la lettre première. Un peu plus tard, vous rencontrerez çà et là un peu de pus infiltré dans les mailles du tissu cellulaire qui, après une teinte jaunâtre, grisâtre, est devenu plus fragile encore; quelques gouttes de pus commencent déjà à se réunir en différents points, mais le reste de l'organe est encore gorgé de sang; la partie du phlegmon qui commence à suppurer est environnée d'une atmosphère de vaisseaux dilatés. N'est-ce pas là le cas des premières observations de cette lettre (*voy.* n° 1 et § IV, V, VI et VII), dans lesquelles nous avons trouvé du pus dans certains points, et dans d'autres une injection considérable avec coloration brunâtre, noirâtre, etc.? Plus tard l'injection vasculaire diminue, disparaît entièrement; peu à peu le pus remplace le sang, s'infiltre dans les aréoles du tissu cellulaire presque privé de cohésion, se combine pour ainsi dire avec lui. Si vous divisez l'organe malade, vous n'y trouvez pas encore de foyer purulent bien distinct; mais en le pressant entre les doigts, vous en faites sortir des gouttelettes de pus dont la présence devient évidente alors par la réunion des molécules éparses en globules distincts. Mais la substance cérébrale est si molle, contient si peu de tissu cellulaire, qu'il est impossible d'en exprimer le pus: cependant il me paraît évident que cet état correspond à celui des ramollissements avec coloration jaunâtre, verdâtre, etc., ou simplement avec décoloration de la substance grise.

» Plus tard, le pus se réunit en petits foyers vers le centre, tandis qu'à la circonférence, il n'est encore qu'infiltré dans le tissu cellulaire; mais ces petits foyers ne forment pas encore un véritable abcès à cavité bien circonscrite; c'est le cas des observ. III et V. Au bout de quelques jours, ces petits foyers se réunissent pour n'en former qu'un principal, dont la cavité est plus exactement limitée, dont les parois sont mieux dessinées; il existe un abcès proprement dit (Voy. l'observ. n. III, § IV). Enfin, quand la marche de l'inflammation est plus lente, quand le pus séjourne plus longtemps au milieu des tissus affectés, cinq à six mois, par exemple, les parois du foyer s'organisent; il se développe autour du pus une véritable membrane, comme il s'en forme autour de tous les corps étrangers qui séjournent dans l'économie, autour des caillots de sang dans les apoplexies, par exemple : tels sont les abcès par congestion, ceux qu'on a appelés froids, qui ont leurs analogues dans les abcès enkystés du cerveau que nous examinerons par la suite.

» Vous voyez que les inflammations du cerveau présentent les mêmes phénomènes, suivent la même marche que celles de

tous les organes parenchymateux, sauf quelques légères différences qui tiennent à la mollesse de la substance nerveuse et au peu de tissu cellulaire qui entre dans la composition du cerveau. Mais, pour être plus clair, prenons un exemple particulier et choisissons, parmi tous les organes, celui dont les maladies ont été étudiées avec le plus de soin. Lorsqu'un malade meurt avec une inflammation aiguë du poumon, encore à sa première période, on trouve son tissu gorgé de sang, comme carnifié, hépatisé; quand on le coupe par tranches, on voit ruisseler de sa surface divisée une foule de gouttelettes de sang qu'on exprime facilement de son parenchyme avec lequel il semblait combiné. Si la maladie a duré plus longtemps, le tissu du poumon est grisâtre, blanchâtre dans certains points, sanieux, brunâtre, violacé dans d'autres; on en exprime, dans certains endroits, du pus, et dans d'autres, du sang. Plus tard, l'injection vasculaire disparaît, le pus prend partout la place du sang; il s'infiltre, se combine avec le parenchyme du poumon de manière à former un tout homogène, blanc, jaunâtre ou verdâtre, suivant la couleur du pus; quoiqu'on n'y rencontre pas d'abcès proprement dit (du moins cela est excessivement rare), le pus ruisselle de sa surface à chaque section qu'on y pratique, et personne ne doute de l'existence d'une véritable suppuration du poumon : c'est au pus qu'on attribue sa consistance et sa couleur. Quand l'inflammation est moins aiguë, quand la suppuration s'établit d'une manière plus lente, on trouve le poumon semblable à un foie gras; il forme un tout homogène qui se laisse couper et déchirer comme du lard rance ou du beurre un peu ferme; c'est ce qu'on a plus particulièrement appelé hépatisation grise ou blanche. Quand on en exprime une tranche dans les doigts, on en fait sortir une matière onctueuse puriforme, qui, ramassée sur le manche d'un scalpel, peut être reconnue pour du véritable pus, lorsqu'on a vu des cas analogues où la suppuration était évidente; encore faut-il convenir qu'il était tellement uni au tissu cellulaire qu'il semble retenu dans ses mailles, molécule à molécule, et que souvent on prendrait plutôt ces hépatisations blanches du poumon pour une dégénérescence graisseuse, semblable à celle du foie, que pour une véritable suppuration. C'est à cet état du poumon que je compare les ramollissements avec coloration jaunâtre, verdâtre, décoloration de la substance grise, ces transformations en une espèce de bouillie diffluente d'un blanc sale, etc. La ressemblance serait parfaite si l'organisation du cerveau permettait d'en exprimer le pus : je vous ai fait voir que l'augmentation de consistance du poumon tenait à ce que le pus avait pris la place de l'air, à ce qu'il était emprisonné par un tissu cellulaire extrêmement abondant; cependant cette augmentation de consistance n'empêche pas que son tissu n'ait perdu sa cohésion et ne se laisse déchirer avec la plus grande facilité. (Voy. la lettre 1re, p. 88 et suiv.) Supposez un instant que ce tissu cellulaire si abondant du poumon soit remplacé par de la substance cérébrale, quelle consistance aura l'hépatisation blanche dont nous parlons ?

» Ainsi les inflammations aiguës du poumon et du cerveau produisent dans ces deux organes des altérations analogues. Dans l'un et l'autre cas il y a diminution de la cohésion, de la ténacité du tissu affecté. Les diverses nuances que présentent les hépatisations du poumon ne diffèrent de celles que nous avons observées dans les ramollissements du cerveau que par la densité; et cette différence, je ne puis trop le répéter, tient à l'abondance du tissu cellulaire dans le poumon et à son absence presque absolue dans le cerveau; et c'est pour cette raison que l'infiltration du pus est plus facile à démontrer dans le premier que dans le second. Et de même qu'on rencontre rarement des inflammations aiguës du poumon sans altération de la plèvre correspondante, et des inflammations aiguës de la plèvre sans affection plus ou moins grave du poumon, de même nous avons rarement trouvé la substance cérébrale de la surface du cerveau ou des ventricules ramollie sans que l'arachnoïde correspondante ait offert des traces d'inflammation; et nous avons vu, dans beaucoup de cas, des inflammations de l'arachnoïde précéder évidemment de longtemps celle du cerveau.

» Enfin les inflammations de la plèvre influent directement sur les fonctions du

poumon, comme celles de l'arachnoïde sur les fonctions du cerveau ; et si les symptômes de la pleurésie ont beaucoup de ressemblance avec ceux de la pneumonie, les symptômes de l'arachnoïdite n'ont pas moins d'analogie avec ceux de l'encéphalite. Malheureusement nous n'avons pas ici la ressource de la percussion et de l'auscultation médiate, qui, dans le plus grand nombre des cas, peuvent seules faire distinguer les affections de la plèvre de celles du poumon. » (Lallemand, *loc. cit.*, 1re lettre, p. 205.)

La *troisième catégorie* admise par M. Lallemand est celle dans laquelle le pus s'est formé en collections dans le sein de la substance cérébrale. L'auteur décrit le mode de formation de ces abcès et les abcès eux-mêmes avec cette supériorité qu'on admire toujours chez lui, alors même qu'elle sert moins au triomphe de la vérité qu'à faire ressortir les ressources de l'imagination du savant professeur.

« Il résulte des observations d'abcès enkystés, que je vous ai données dans cette lettre et dans la précédente, qu'à la suite des suppurations du cerveau, lorsque le malade survit assez longtemps, un kyste s'organise autour du pus, comme il s'en forme autour de tous les corps étrangers qui séjournent dans les tissus vivants, autour des caillots de sang, par exemple, dans les hémorrhagies cérébrales, autour des balles et des portions d'os enfoncées dans le cerveau.

» Vous concevez que l'époque à laquelle les premiers éléments d'un kyste commencent à s'organiser sur les parois du foyer doit varier suivant la marche plus ou moins rapide de l'inflammation. Aussi vous devez avoir remarqué que les inflammations chroniques produisent souvent des altérations profondes du cerveau, avant que rien n'ait pu faire soupçonner leur existence. Par exemple : le malade du n. 14, mort le neuvième jour d'une inflammation aiguë et accidentelle du cerveau, offrit en même temps des traces d'une inflammation récente et un abcès enkysté, qui n'avait certainement pas pu s'organiser dans un si court espace de temps.

» Il est probable aussi que l'âge et le tempérament influent sur la promptitude et la facilité du développement des kystes. Cependant, dans les observations où les symptômes ont été recueillis avec soin et les altérations décrites avec exactitude, nous avons trouvé un rapport assez constant entre la durée de la maladie et le degré d'organisation du kyste.

» Dans un cas (n. 7), la mort était survenue treize jours après l'apparition des premiers symptômes ; les parois du foyer étaient déjà tapissées par une membrane molle et comme vasculaire. Chez un autre (n. 21), au bout de dix-huit jours on a trouvé la même altération. Dans un autre cas (n. 8), au bout de trente-sept jours, le kyste était blanc, assez facile à déchirer, et ressemblait à du pus concret. Au bout de cinquante ou cinquante-trois jours (n. 22 et 23, l. troisième), la membrane était molle et vasculaire, plus distincte, mais pas encore assez résistante pour pouvoir être enlevée et disséquée exactement. Un peu plus tard, la membrane, encore mince, était d'un rouge grisâtre, douce et lisse au toucher ; mise dans l'eau, elle parut à sa surface interne comme villeuse, hérissée de filaments tomenteux (n. 2). Au bout de deux mois, le kyste formait un corps lisse parfaitement circonscrit, composé, à l'intérieur, de plusieurs couches de tissu cellulaire, semblables à autant de membranes minces superposées, offrant, à l'extérieur, un aspect muqueux semblable à celui des anciens abcès par congestion (n. 4). Au bout de trois mois, le sac, plus vasculaire, avait une texture plus dense, une épaisseur plus considérable (n. 3). Enfin, après plusieurs années, on l'a trouvé formé, à l'extérieur, de plusieurs feuillets celluleux ; au centre d'un tissu dense et serré, épais, ayant l'apparence des membranes fibreuses, et, à l'intérieur, d'une membrane qui offrait tous les caractères des membranes muqueuses enflammées (n. 5 et 6).

» Dans les autres observations, les altérations, moins bien décrites, se rapprochent cependant assez exactement de quelqu'une des précédentes.

» Vous voyez, par cet exposé, que le travail, qui organise une barrière autour du pus, se continue pendant des années avec une activité non interrompue. Faut-il s'étonner, après cela, si ce corps étranger devient une cause permanente de fluxions

répétées qui finissent par amener des altérations dans les tissus voisins?

» La connaissance des diverses modifications que subissent les kystes avec le temps peut donner une idée approximative assez exacte de l'ancienneté de la maladie. Elle a conduit, ainsi que vous l'avez vu dans un cas de médecine légale très délicat, à la véritable cause de la mort (observ. XIX). Elle peut aider dans l'étiologie des otorrhées cérébrales, quand le kyste communique avec la carie (n. 29, 32 et 33).

« Il est assez remarquable que, dans les kystes qui contiennent du pus, la membrane interne ait toujours l'aspect muqueux, (c'est ce qu'on observe dans les abcès par congestion, qui ne sont que des abcès enkystés particuliers), tandis que, dans les autres, cette membrane interne est lisse et polie, transparente, présente enfin tous les caractères des membranes séreuses. » (Lallemand, *loc. cit.*, 3e lettre, p. 180.)

M. Lallemand décrit, après la cavité de l'abcès, les caractères des parois qui forment le kyste, sur lesquelles, dit-il, on n'avait guère, avant lui, fixé son attention, et où l'on observe cependant des lésions dignes d'intérêt. *Presque toujours*, en effet, suivant M. Lallemand, on y trouve des signes d'inflammation aiguë de la substance cérébrale ou quelque affection chronique de l'arachnoïde.

Une observation remarquable, offrant deux abcès de dates différentes, et qui nous est communiquée par M. de Castelnau, complétera la description des cavités purulentes du cerveau.

« Obs. 1. *Méningo-encéphalite locale. — Abcès du cerveau.* (Hôpital Beaujon, salle Saint-Éloi, n° 155.)

» Vandaël, âgé de trente-trois ans, cabaretier, cheveux châtains, yeux bleus-gris, peau blanche, système musculaire de développement ordinaire; entré le 9 février 1842.

» Le malade étant dans l'impossibilité de rendre compte de son état, on obtient de sa femme les renseignements suivants : Depuis son enfance il a toujours eu l'haleine courte, il toussait et crachait beaucoup habituellement; il avait de temps en temps des accès d'étouffement; les médecins qui l'ont vu lui ont dit qu'il avait un asthme; il n'a jamais craché de sang; il a toujours été peu robuste et sujet à de fréquentes indispositions. Il y a quatre semaines qu'il éprouva des douleurs vives dans la cuisse droite et de la fièvre; puis ces douleurs cessèrent pour reparaître dans la cuisse gauche où il se forma bientôt un dépôt abondant; ce dépôt fut ouvert il y a quinze jours, et il en sortit une pinte environ de pus très fétide. Trois ou quatre jours après l'ouverture, le malade, se trouvant beaucoup mieux, se leva, mais il s'aperçut que le membre inférieur droit était plus faible que le gauche; cette faiblesse augmenta au point que le malade ne put plus se soutenir sur la jambe, et que, pour cette raison, il fut obligé de garder le lit; la faiblesse gagna bientôt après le membre supérieur, et finalement ils devinrent tous les deux immobiles; sa femme dit être sûre que la faiblesse et l'immobilité ont bien, en effet, commencé par le membre inférieur. L'avant-veille de l'entrée à l'hôpital, le malade qui, jusque là, avait conservé toute son intelligence et la facilité de la parole, perdit tout à coup l'une et l'autre, et la bouche en même temps se dévia à gauche, il ne répondit plus à toutes les questions que par oui et par non, sans donner à ces mots aucune signification raisonnable. Jamais le malade n'a été afffecté d'accidents semblables (sa femme le connaissait très longtemps avant d'être mariée avec lui): jamais il ne s'est plaint de douleurs de tête, d'éblouissements, de tintements, ni de bourdonnements dans les oreilles; aucun de ces symptômes n'a même été observé depuis sa maladie, il n'a jamais été sujet à aucune hémorrhagie. Le traitement a consisté en cataplasmes émollients et en sangsues trois fois répétées sur la cuisse où s'est formé l'abcès, et en frictions avec un liniment sur les membres droits, depuis le moment où ils ont commencé à se paralyser.

» 9. Paralysie complète des deux membres droits; déviation assez prononcée de la bouche à gauche; rien de particulier aux yeux ni aux paupières; lorsqu'on pince fortement l'un des deux membres droits, le malade donne quelques signes de sensibilité, mais ne les retire point; lorsqu'on pince les membres gauches, les signes de sensibilité

sont beaucoup plus prononcés, mais paraissent cependant moindres qu'ils ne le seraient à l'état normal. Facies hébété, exprimant d'ailleurs la santé, de même que toute l'habitude extérieure; le malade répond ou plutôt balbutie le mot oui à toutes les questions qu'on lui fait, quelles qu'elles soient; cependant il donne encore quelquefois la main quand on la lui demande. Langue humide, blanchâtre et verdâtre, tirée droite et assez facilement. Respiration calme, à 24, point bruyante; râle sous-crépitant sous les deux mamelles, point sous les clavicules; sonorité bonne; bruit respiratoire aussi développé d'un côté que de l'autre; en arrière, à gauche, inférieurement quelques craquements douteux. Peau de chaleur normale; pouls à 76, régulier, de force ordinaire.—Limonade avec la crème de tartre soluble; saignée de 120 grammes; s'il n'y a pas de selles, lavement de savon le soir; bouillon.

» 10. Le sang offre une couenne verdâtre, gélatiniforme, friable, d'une ligne d'épaisseur; le reste du caillot est encore beaucoup plus friable, à peine pris. Pas de garde-robe; le lavement a été rendu seul; même état d'ailleurs; la déglutition est assez facile. — Même prescription, moins la saignée et plus 16 sangsues au cou.

» 11. Pouls à 64-66 régulier, respiration naturelle; on ne parvient à lui faire tirer la langue qu'en lui parlant très fortement et en lui faisant signe en même temps. — Limonade, crème de tartre sol.; cat. sin., une fois; 8 sangs. derr. l'oreille droite; diète.

» 12. Pouls à 68-70; pas de chaleur; un jour assez vif venant frapper sur les yeux du malade, les pupilles n'occupent pas le tiers du diamètre de la cornée, elles sont égales et contractiles. Même état pour tout le reste, sinon que la respiration est un peu plus haute.—Limon., crème de tartr. sol., lav. lin; cat. sin.; diète.

» 13. Une garde-robe involontaire; pouls à 68; les pupilles ne se contractent pas par le passage de l'obscurité à une lumière médiocrement vive. Il y a du râle trachéal ainsi que les jours précédents; battements du cœur sourds, réguliers, sans bruit anormal. — Même prescription.

» 14. Figure assez pâle, recouverte d'abondantes gouttelettes de sueur; pas de chaleur à la peau; pouls à 68, régulier; yeux à demi fermés, pupille droite plus large que la gauche. On entend dans la poitrine le retentissement d'un bruit ronflant qui est beaucoup plus prononcé à droite qu'à gauche; ce bruit paraît se passer vers le larynx. Respiration à peu près égale des deux côtés, peut-être plus fine à droite; développement des parois thoraciques égal des deux côtés pendant les mouvements inspiratoires. — Même prescription.

» 15. Hier au soir il a été constaté que les deux pupilles étaient parfaitement contractiles; la droite est d'un tiers plus large que la gauche. Trente inspirations; respiration point lente; pas de différence dans le caractère de la respiration des deux côtés, quelques bulles de râle sous-crépitant dans les environs de la mamelle gauche; percussion bien sonore des deux côtés. Hier deux garde-robes involontaires. Pas de chaleur anormale, pouls à 92 régulier; déglutition facile. — Même prescription, plus quelques cuillerées de bouillon.

» 16. Respiration haute, à 86; pouls large, dur, à 112; un peu de râle crépitant autour du mamelon gauche; en arrière un peu de râle sonore des deux côtés; sonorité bonne partout, bruit respiratoire plus fort à *droite* qu'à gauche. Le malade ne donne plus aucun signe d'entendement quand on lui fait des questions; il est plongé dans le coma: roideur prononcée dans l'articulation de l'épaule et du coude; lorsqu'on met le malade sur son séant pour l'ausculter, les muscles de la partie postérieure offrent une grande résistance, quoiqu'il soit évident qu'il n'y a aucun effort volontaire. Pupille droite toujours plus large que la gauche, contractiles toutes deux. — Même prescription, plus une saignée de 200 gr. Diète.

» 17. Le sang offre une couenne de plus de deux lignes d'épaisseur, d'apparence gélatiniforme, verdâtre, demi-transparente, et cependant résistante. Figure meilleure, moins d'abattement, mais toujours point de réponses, même par signes; même état des membres; même résistance des muscles du dos; déglutition facile; pas de différence dans le caractère ni l'intensité du bruit respiratoire à droite et à

gauche; de ce dernier côté râle sous-crépitant autour du mamelon antérieurement et à la partie inférieure postérieurement; depuis deux ou trois jours il y a des mucosités sur la cornée transparente gauche; aujourd'hui la conjonctive de ce côté est injectée, il y a un peu de larmoiement. Plusieurs garde-robes involontaires. Pouls à 112. — Limon. simple, saignée de 200 gr. Diète.

» Soir. Saignée peu couenneuse et au centre seulement. Dans la journée le malade a été assez bien pour avoir reconnu les personnes qui sont venues le voir et avoir mangé un quartier d'orange. Maintenant quand on lui parle, il fait quelques mouvements des lèvres. Pupilles contractiles, la droite toujours plus large que la gauche d'environ un tiers; les paupières supérieures résistent autant l'une que l'autre quand on veut les élever; yeux à demi et également fermés; pas de contracture sensible dans les membres droits; nul signe de sensibilité au pincement des membres de ce côté; signes de sensibilité non équivoques au pincement du côté opposé. Selles diarrhéiques et urines involontaires; pas de matité à la région suspubienne. Respiration difficile, à 42; râle trachéal assez abondant; thorax se soulevant en masse pendant l'inspiration et à peu près également des deux côtés antérieurement; à gauche, râle sous-crépitant mêlé d'un fort ronflement qui paraît être le retentissement du râle trachéal; ce ronflement s'entend seul à droite; battements du cœur sourds, masqués par le ronflement indiqué; on ne les entend bien que vers la pointe; ils ne présentent rien d'anormal. Pouls assez développé, dur, à 135; peau de chaleur naturelle.

» Mort à quatre heures du matin.

» *Autopsie vingt-neuf heures après la mort, par une température au-dessous de zéro, peu humide.* — Rien de particulier à la surface externe de la dure-mère, glandes de Pacchioni très développées, formant à la partie postérieure droite une couche continue, jaunâtre, de plus d'une ligne d'épaisseur; c'est seulement dans une étendue un peu moindre qu'un pouce carré qu'elles ont cette épaisseur. Dans presque toute la convexité, près du grand sillon longitudinal supérieur où ces glandes existent, la dure-mère est assez fortement adhérente à l'arachnoïde. Pas de sérosité dans la cavité de cette dernière. Dans toute la convexité de l'hémisphère droit la pie-mère est blanchâtre par plaques, épaissie, infiltrée d'une assez grande quantité de sérosité transparente; elle se détache facilement de la substance cérébrale. Du côté gauche, au contraire, la pie-mère est très sèche, plus rouge que du côté droit; la plus grande rougeur est due au plus grand nombre de vaisseaux, mais non pas à ce que ces vaisseaux sont plus développés que du côté opposé; elle est un peu plus friable que celle du côté droit; elle est très adhérente à la substance cérébrale, et presque partout entraîne une lamelle de celle-ci lorsqu'on veut la détacher; quelquefois, par une dissection attentive, on parvient à l'enlever seule, et alors la substance corticale reste tout à fait seule, piquetée d'un rose fleur de pêcher, un peu ramollie; l'adhérence est d'autant moins intime que l'on se rapproche davantage de la base. Du côté droit la substance cérébrale a sa consistance et sa couleur normale, sauf quelques points très circonscrits où elle offre une couleur fleur de pêcher très caractérisée. Le ventricule droit contient une forte cuillerée à bouche de sérosité parfaitement transparente; ses parois n'offrent aucune altération, non plus que le plexus choroïde. A la partie supérieure, postérieure et interne de l'hémisphère gauche (environ à 6 lignes du sillon longitudinal supérieur et à la réunion des 4/5e antérieurs avec le 1/5e postérieur), on voit une saillie arrondie donnant les signes d'une fluctuation très superficielle. En faisant une ponction dans le point le plus saillant, il s'écoule environ trois onces de pus qui offre deux caractères différents : une portion est plus liquide, rougeâtre, mêlée de détritus de substance cérébrale; l'autre d'un jaune verdâtre, mieux lié, homogène, en tout semblable à du pus phlegmoneux, dont il possède l'odeur. En pratiquant des coupes horizontales sur cet hémisphère, on entre bientôt dans un foyer purulent qui s'étend depuis un pouce en arrière de la limite antérieure des ventricules latéraux jusqu'à un pouce et demi environ de leur limite postérieure (environ 3 pouces d'avant en

arrière), et latéralement depuis la paroi externe du ventricule gauche jusqu'à un pouce et demi plus en dehors; ce foyer est divisé incomplétement en deux parties par une cloison de substance cérébrale de deux à trois lignes d'épaisseur, dirigée transversalement en haut et en arrière, de manière à former une loge antérieure et supérieure, et une autre postérieure et inférieure; ces deux loges sont à peu près de même capacité, elles communiquent à leur partie supérieure où la cloison se trouve détruite dans une étendue d'un pouce environ. C'est dans la loge antérieure qu'est contenu le pus le mieux formé; la loge postérieure a éprouvé près de la cloison, c'est-à-dire à la partie antérieure interne une solution de continuité qui la met en communication avec le ventricule gauche, dans lequel une cuillerée à café de pus a fait irruption. Les parois qui environnent le foyer n'ont pas les mêmes caractères dans la portion antérieure et dans la portion postérieure : dans la première on trouve partout, d'une manière plus ou moins marquée, une membrane d'un millimètre d'épaisseur, formée par un tissu grisâtre, demi-transparent, beaucoup plus dur que la substance environnante, traversé par quelques rares vaisseaux; la surface interne de cette membrane est tapissée d'une couche de pus plus solide que celui qui se trouve au centre et d'autant plus solide qu'on se rapproche davantage de la membrane, en sorte qu'aux points où ce pus est en contact avec elle, il est presque tout à fait concret et tellement adhérent qu'il n'est pas possible de le détacher complétement sans entamer la membrane elle-même. Par la face externe elle adhère à la substance cérébrale, dont elle se distingue très bien par la couleur grisâtre et par la demi-transparence, mais dont on ne peut la détacher à moins d'une dissection très attentive, et encore dans ce cas empiète-t-on souvent sur l'une ou sur l'autre. Il y a quelques points où la membrane est plus mince, surtout plus molle, mais partout il est facile de la constater. Les parois de la moitié postérieure du foyer sont également formées par une coque, d'une dureté et d'un aspect analogues à ceux de la membrane précédente, mais qui en diffère par une épaisseur plus considérable (une et plus souvent deux lignes), par une vascularité beaucoup plus prononcée et par une fusion plus intime de sa paroi externe avec la pulpe nerveuse dont il est impossible de l'isoler; sa dureté est peut-être aussi un peu moindre. La substance cérébrale qui environne la moitié antérieure du foyer offre une injection bleuâtre peu prononcée, qui ne s'étend qu'à trois ou quatre lignes en dehors du foyer, et un très léger degré de ramollissement qui ne s'étend guère plus loin que l'injection; autour de la moitié postérieure le ramollissement est bien plus marqué, presque d'une consistance de bouillie en certains points; il s'étend souvent, ainsi que l'injection, jusqu'à un pouce en dehors de la coque; quant à l'injection, elle est aussi d'un rouge vif, nullement bleuâtre. La cloison qui sépare les deux foyers offre une altération qui se rapproche des deux variétés que je viens de décrire, mais beaucoup plus de la seconde que de la première. Elle est presque entièrement occupée par les tissus anormaux dont il a été question; la pulpe nerveuse y occupe la moindre partie.

» A la base du cerveau, les membranes n'offrent rien d'anormal, non plus qu'autour du cervelet; la protubérance et le cervelet lui-même sont à l'état sain.

» Les autres organes n'ont pu être examinés. »

Remarques. — « L'examen cadavérique nous a montré des altérations qui, identiques très probablement quant à leur cause, semblaient cependant appartenir à des époques différentes de formation : la partie antérieure de l'abcès offrait une membrane bien formée, contenant du pus bien lié, entourée d'une injection que sa couleur bleuâtre et son peu d'étendue indiqueraient avoir été déjà le siége d'un commencement de résolution; cette partie paraissait, par conséquent, être plus ancienne que la partie postérieure, offrant une membrane développée encore en voie de formation, environnée d'une injection plus vive et plus étendue, contenant un pus mêlé de sang et de substance cérébrale. A ce sujet, on peut se demander si de semblables détritus ont d'abord existé dans le foyer antérieur, et si, dans le cas où ils auraient existé, ils se sont trans-

formés en pus, ou s'ils ont disparu par absorption ou par dissolution. Quant aux lésions constatées à la superficie, leurs caractères indiqueraient qu'elles étaient récentes et tout au plus aussi anciennes que la moitié la plus récente du foyer purulent.

» Si l'on cherche à expliquer par les symptômes observés les diverses phases qu'ont traversées les altérations anatomiques pour arriver au point où nous les a montrées l'autopsie, nous ne trouvons pas de médiocres difficultés. En effet, en acceptant comme vrais les renseignements dont on ne saurait guère douter, au moins en ce qu'ils ont d'important, tant à cause de leur précision qu'à cause des soins dont le malade était entouré et de l'époque peu éloignée à laquelle remontait sa maladie ; en acceptant, dis-je, comme vrais ces renseignements, on voit que les premiers symptômes qui pussent faire soupçonner une affection des centres nerveux ont consisté dans un affaiblissement des membres gauches. Je ne ferai point remarquer que la jambe paraît s'être affectée avant le bras, contrairement à ce qui a lieu dans la presque totalité des cas, parce que le malade ayant été obligé de se servir de la jambe et non du bras, on a pu s'abuser sur le degré de faiblesse qu'offrait chaque membre ; il est même possible qu'on se soit trompé sur l'instant où cette faiblesse a pu se manifester, le malade gardant alors le lit. Mais ces erreurs sont les seules que les personnes qui environnaient le malade, et le médecin qui le soignait, aient pu commettre. Il n'est pas croyable que s'il s'était manifesté des convulsions, du délire, de la contracture, ces symptômes eussent passé inaperçus. » (H. de Castelnau, *Obs. inéd.*)

Dans sa *quatrième catégorie*, M. Lallemand étudie l'une des altérations les plus remarquables et habituellement consécutives de l'inflammation cérébrale, altération qu'on avait presque entièrement négligée avant lui ; elle consiste dans des noyaux d'*induration rouge*, situés dans différents points de la substance cérébrale.

Après avoir rapporté plusieurs exemples, empruntés à divers auteurs, de ce genre d'altération ; après avoir fait observer qu'on les rencontre surtout après quarante ans (sur 23 cas, 9 se rencontraient sur des sujets âgés de moins de quarante ans, et 14, sur des sujets plus âgés), et plus rarement chez les femmes que chez les hommes (sur 23 cas, 5 seulement se sont rencontrés chez des femmes), M. Lallemand arrive à l'étude du siége de la maladie, et s'exprime ainsi qu'il suit :

« Ainsi, toutes ces indurations rouges avaient leur siége dans des organes composés en totalité ou en partie de substance grise. Je vous ai fait remarquer le même résultat par rapport aux ramollissements avec infiltration sanguine, etc. (Voyez *Lettre première*, p. 75). Sur dix-huit observations, dans lesquelles le siége de l'altération est suffisamment indiqué, une seule existait dans la substance blanche. Ce rapprochement confirme bien ce que je vous ai dit alors de l'organisation éminemment vasculaire de la substance grise, de son influence sur la disposition qu'a ce tissu aux congestions hémorrhagiques et inflammatoires (p. 76), de la modification que sa couleur grise apporte dans l'aspect du sang infiltré (p. 78).

» Je viens de dire que les organes dans lesquels on avait trouvé des indurations rouges étaient composés, en totalité ou en partie, de substance grise ; je dois maintenant vous faire remarquer que ces indurations n'étaient pas toutes d'une couleur homogène. Quelques unes étaient comme bariolées de rouge et de jaune (n° 7), de rouge-brun sur un fond jaunâtre (n° 3), de rouge et de blanc diversement entremêlés (n° 2) ; une autre était d'une couleur grisâtre mêlée d'une teinte violette (n° 6). Or, ces tumeurs envahissaient à la fois la substance grise des circonvolutions les plus profondes et la substance blanche qui s'introduit entre elles.

» Dans l'observation n° 7, la substance cérébrale qui environnait la tumeur était ramollie et offrait exactement le même mélange de couleurs. Dans l'observation n° 3, c'était une partie assez éloignée de la tumeur qui était ramollie ; mais la disposition des circonvolutions qui forment la scissure de Sylvius explique assez le mélange des deux couleurs. Dans celle d'Abercrombie, n° 4, l'induration était super-

ficielle ; elle occupait le bord supérieur du cerveau, de manière à s'étendre en partie sur la face convexe et en partie sur la face plane, formant ainsi deux plans réunis presque à angle droit. Ces deux surfaces endurcies étaient d'un rouge foncé ; au-dessous, la substance cérébrale, comprise entre ces deux plans, était molle, dans un état voisin de la suppuration, de couleur cendrée, avec des portions interposées d'un brun-rougeâtre foncé. Or, cette portion ramollie qu'Abercrombie appelle centrale, était évidemment composée de substance blanche et des portions les plus profondes des circonvolutions.

» Dans l'observation du docteur Hunter (n° 11), la tumeur rouge était recouverte par un tissu ressemblant aux bandes fibreuses du carcinome, et la description de cette tumeur prouve qu'elle occupait la substance grise du fond des circonvolutions auxquelles sont dues les inégalités qu'on remarque vers la corne postérieure et inférieure des ventricules latéraux, et qu'on a appelées pied d'Hippocampe, etc. Les bandes des fibreuses n'étaient autre chose que la substance blanche qui tapisse le ventricule, également endurci. Dans un autre cas (n° 19), le corps rhomboïde ou festonné du cervelet était brunâtre, avec induration notable et incolore de la substance blanche environnante. Dans le cas suivant (n° 20), c'était une tumeur rougeâtre, d'apparence charnue, au milieu de la substance médullaire du lobe droit du cervelet. Cette dernière formait autour de la tumeur une enveloppe lamineuse dure, qu'on eût prise pour un kyste, si elle ne s'était pas confondue avec les parties saines.

» Vous voyez que, partout où les tumeurs ont présenté deux couleurs, soit à l'intérieur, soit à la surface, les substances grise et blanche étaient affectées en même temps : il en était de même des ramollissements bicolores qui existaient simultanément.

» Je vous ai déjà fait remarquer souvent dans la première lettre, que, sur le même sujet, la substance grise ramollie pouvait être rouge, brune, violacée, de couleur lie de vin, etc. ; tandis que la substance blanche, également diffluente, était jaune, verdâtre, blanchâtre, etc... (Voy. dans cette première lettre les obs. nos 6, 7, 11, 12, 14, 15 et 17.) Je vous ait dit alors que cette couleur, plus ou moins foncée, tenait à la présence du sang dans la substance grise ; que l'autre était due à la présence du pus. J'en dois dire autant par rapport aux tumeurs : dans les premières observations, où l'altération est décrite avec un grand soin, la chose est évidente ; elle est même énoncée explicitement dans la description de la tumeur.

» La ressemblance remarquable de toutes ces nuances de ramollissements et d'indurations, sous le rapport du siége et des différentes colorations, suffirait presque seule pour prouver qu'ils sont dus à la même cause.

» Je viens de vous montrer l'influence qu'avait la texture vasculaire de la substance grise sur la prédisposition aux tumeurs rouges, etc. ; mais je suis loin de prétendre que d'autres indurations ne puissent s'y développer.

» Nous avons déjà vu des ramollissements de la substance grise avec couleur jaune, verte, etc. Cela suffirait pour nous faire présumer que nous y trouverons des indurations de même couleur produites par la même cause : c'est, en effet, ce qui a lieu.

» Vous m'auriez également mal compris, si vous pensiez que je regarde la substance blanche comme incapable de se prêter au développement des indurations rouges.

» L'observation de Morgagni (n° 17) serait une preuve du contraire, puisque la maladie, après avoir commencé par la face inférieure du cervelet, s'est étendue à tout le lobe gauche et à une partie du droit. Dans l'observation du docteur Martinet (n° 35), la tumeur rouge intéressait aussi les substances grise et blanche.

» J'ai seulement voulu vous faire remarquer que ces indurations rouges étaient beaucoup plus fréquentes dans la substance grise, et comme elle contient un bien plus grand nombre de vaisseaux, j'ai cru qu'il fallait attribuer cette fréquence à sa texture plus vasculaire.

» Je dois, à cette occasion, vous rappeler que sur vingt-cinq tumeurs, quinze avaient leur siége à la surface du cerveau. Cela tient-il à la quantité de substance grise,

beaucoup plus grande dans les circonvolutions du cerveau que dans tous les ganglions réunis? Je ne le crois pas, car les hémorrhagies cérébrales ont beaucoup plus souvent lieu dans les corps striés et les couches des nerfs optiques, qu'à la surface du cerveau.

» Cependant les caillots hémorrhagiques ne diffèrent des globules infiltrés dans le tissu du cerveau que par le volume, c'est toujours du sang extravasé, sorti des vaisseaux. D'où vient donc que les épanchements ont lieu plus fréquemment dans une partie, et les infiltrations dans l'autre?

» Remarquez qu'aucune portion du cerveau ne reçoit d'aussi grosses artères que les ganglions striés et optiques ; nulle part elles ne se prolongent aussi loin sans diminuer de calibre. Elles sont aussi volumineuses dans la substance grise des circonvolutions, mais beaucoup moins nombreuses ; elles se ramifient bientôt, et l'on ne peut les suivre au-delà de quelques lignes. Supposez maintenant qu'il s'opère vers ces parties une congestion également interne, et que le sang sorte de ces artères ; n'est-il pas tout simple que les phénomènes hémorrhagiques soient proportionnés au calibre des vaisseaux? Il sortira donc d'un côté beaucoup de sang qui s'agglomérera en caillot, et de l'autre, une multitude de petits globules, qui resteront séparés par du tissu cérébral.

» Vous n'attacherez peut-être pas grande importance à ces explications : cependant je crois qu'on ne peut pas faire trop d'efforts pour rapprocher, autant que possible, les phénomènes pathologiques de la texture des organes, et je m'en occuperai chaque fois que l'occasion s'en présentera.

» III. *État des méninges.* — Toutes les indurations de la surface du cerveau ou du cervelet adhéraient aux méninges. Dans la première observation, une lame cellulo-cartilagineuse tapissait les circonvolutions ramollies ; elle était entièrement confondue avec l'arachnoïde. Dans toutes les autres, il est dit que la tumeur adhérait à la dure-mère (n°s 2, 4, 5, 6, 7, 16, 17 et 21), c'est-à-dire que la pie-mère et l'arachnoïde étaient tellement confondues avec la tumeur et la dure-mère, que ces dernières semblaient unies sans intermédiaire. Dans un cas où la tumeur occupait le bord supérieur du cerveau, elle adhérait à la dure-mère qui tapisse la voûte du crâne, et à son repli qui forme la faux (n° 4). Dans un autre, elle adhérait aux deux côtés de la faux (n° 6). Enfin, dans un troisième, la tumeur était unie à la fois aux deux surfaces de la faux et à celles de la tente du cervelet (n° 21).

» L'adhérence constante et intime de toutes ces tumeurs aux méninges, avec lesquelles elles étaient en contact, est encore une erreur à ajouter à tant d'autres, que ces tumeurs étaient le produit d'une inflammation. Elle s'est terminée d'une part par induration, et de l'autre par adhérence, c'est-à-dire dans l'un et l'autre cas par l'épaississement et l'organisation des matériaux infiltrés ou épanchés.

» L'influence du voisinage de ces tumeurs sur les méninges ne se borne pas au moment de leur formation. Souvent elle provoque des inflammations chroniques de l'arachnoïde, qui commencent ordinairement par les parties voisines, puis s'étendent dans tous les sens (n° 2 et 19); elles restent rarement bornées à un seul côté (n° 6), passent quelquefois à l'état aigu (n° 25), pénètrent jusqu'aux ventricules (n°s 16, 17 et 23). De là des symptômes nouveaux souvent très graves, qui masquent l'affection cérébrale, ou en changent tout à fait l'aspect. (Voyez n°s 2 et 19.)

» Les tumeurs qui avoisinent les ventricules ont une influence encore plus grande sur l'arachnoïde qui les tapisse et des résultats encore plus fâcheux. Quelquefois l'inflammation est portée au point de se terminer par suppuration. C'est ce qui est arrivé dans l'observation treizième, où la tumeur reposait sur le corps calleux. Mais ce mode de terminaison est le plus rare. Dans un cas semblable de Félix Plater (n° 14), les ventricules étaient distendus par une grande quantité de sérosité ; il en était probablement de même dans l'observation de Fantoni (n° 15), qui ne diffère des deux précédentes qu'en ce qu'elle est encore plus laconique. Dans celle de J. Hunter (n° 12), où les deux ganglions étaient malades, l'épanchement était énorme. Dans celle de M. Raikem (n° 10), il n'était guère moins considérable, quoiqu'un seul corps optique fût malade. C'est encore l'affection du corps

strié qui a produit la méningite chronique chez le malade de Morgagni (n° 9); les ventricules contenaient de l'eau épaisse, comme celle dans laquelle on a récemment lavé des chairs; leur surface était moins lisse que de coutume. Dans le cas où la tumeur occupait le pied d'Hippocampe droit (n° 11), l'arachnoïde qui tapissait cette partie du ventricule était injectée et de la sérosité s'était épanchée dans tous deux. Dans celui où la tumeur était placée entre le cervelet et les deux hémisphères du cerveau (n° 21), il y avait quatre onces de fluide dans les ventricules. Les altérations qui ont leur siége dans le cervelet ont aussi une grande influence sur les ventricules, comme nous le verrons par la suite. Dans le cas de Morgagni (n° 17), l'inflammation ne s'était pas bornée à l'arachnoïde, puisque, indépendamment de l'épanchement ventriculaire, il existait un ramollissement du corps calleux, etc. L'hydrocéphale aiguë qui a terminé brusquement les jours de l'enfant qui fait le sujet de l'observation n° 23 a sans doute aussi été provoquée par la présence des tumeurs développées dans le cervelet et derrière la moelle. Des tumeurs encore plus éloignées des ventricules peuvent même finir par avoir sur eux la même influence (n°s 16 et 25). Nous en verrons plus tard de nombreux exemples.

» En résumé, dans les neuf cas où l'induration occupait la surface du cerveau, nous l'avons trouvée intimement unie aux méninges. Dans huit, la pie-mère et les deux surfaces de l'arachnoïde étaient même tellement confondues avec la tumeur, que cette dernière semblait adhérer immédiatement à la dure-mère. Dans deux, il existait une méningite chronique de la surface des deux hémisphères; dans un elle paraissait bornée à un seul côté; dans un autre, elle a passé à l'état aigu; dans trois elle s'est étendue aux ventricules. Dans neuf cas où l'altération avait son siége au voisinage des ventricules, il existait des traces non équivoques d'inflammation aiguë ou chronique de l'arachnoïde qui les tapisse, ordinairement plus prononcées du côté de la tumeur; on a trouvé des épanchements plus ou moins considérables, etc.

» Ce résultat se conçoit facilement, pour peu qu'on réfléchisse à la cause qui produit les tumeurs, et à l'influence que celles-ci doivent exercer sur les parties voisines par la répétition des inflammations ou des congestions dont elles provoquent le retour. Il importe surtout d'en tenir compte sous le rapport du diagnostic.

» Dans les lettres précédentes, vous avez vu aussi les diverses altérations qui avaient leur siége à la surface des circonvolutions ou près des ventricules, très souvent accompagnées de traces non équivoques d'inflammation aiguë ou chronique des méninges voisines, comme injection vasculaire, épaississement, opacité, granulation, infiltration dans les mailles de la pie-mère, épanchement dans les ventricules, etc.; mais vous remarquerez que dans les deux premières lettres, consacrées au ramollissement, la méningite a souvent été primitive, tandis que dans la quatrième elle a presque toujours été consécutive; et c'est tout simple, les abcès enkystés, une fois formés, ne peuvent plus être influencés par les maladies des méninges, tandis que leur long séjour dans le voisinage de ces membranes doit finir par leur être nuisible.

» Remarquez aussi que dans la première lettre on ne trouve aucun exemple d'adhérence entre les surfaces de l'arachnoïde, vis-à-vis des ramollissements avec injection sanguine, etc., tandis que la seconde en contient déjà trois; enfin nous voyons dans la quatrième presque tous les abcès enkystés, voisins des méninges, unis à ces membranes, et celles-ci adhérentes entre elles. C'est encore une chose très facile à concevoir, d'après l'ordre dans lequel nous avons examiné les altérations du cerveau: nous avons toujours procédé des plus récentes aux plus anciennes; il est donc évident que les premières n'ont pu être observées que quand la mort a été prompte, et alors on n'a pu trouver entre les surfaces séreuses qu'un épanchement albumineux, trop récent pour avoir eu le temps de prendre de la consistance. Au contraire, les abcès enkystés étant nécessairement, comme les tumeurs, toujours d'une date plus ou moins ancienne, rien n'empêche que la lymphe coagulable ait le temps de s'organiser. » (Lallemand, *loc. cit.*, 4e lettre, p. 359.)

Quelques auteurs se sont demandé si

l'inflammation cérébrale pouvait se terminer par gangrène, et quelques uns même ont considéré, comme on le verra, le ramollissement blanc comme la gangrène du cerveau; beaucoup de pathologistes se sont abstenus de discuter cette question, que M. Calmeil a traitée dans les termes suivants :

« Plusieurs médecins ont agité la question de savoir si l'inflammation du cerveau peut se terminer par la gangrène? Les caractères anatomiques de la gangrène sont, pour l'ordinaire, le changement de couleur du tissu mortifié, qui prend une teinte brune, verdâtre, qui est imprégné d'un liquide d'une fétidité insupportable, trouble, tirant sur le noir, comme si la putréfaction s'effectuait sur une partie exposée à la chaleur et à l'air, entièrement privée de vie. Il n'est pas douteux que l'on ne rencontre de loin en loin, à la surface de l'encéphale, des plaques noires ou vertes, ou livides. La substance cérébrale qui a subi ce changement morbide contient en même temps un liquide en décomposition et qui exhale l'odeur des escarres gangréneuses; dans quelques cas même, l'on trouve au centre d'un lobe cérébral une certaine quantité de matière sanieuse verdâtre, infecte, et toutes les parties adjacentes offrent un commencement de ramollissement et un reflet ardoisé. Il ne faut cependant pas prendre à la lettre les expressions de quelques anciens auteurs qui confondent souvent la suppuration avec le sphacèle. Forestus, ayant été appelé auprès d'un jeune homme qui était tombé en léthargie, prédit qu'il existait un abcès au cerveau, et que ce viscère était sphacelé. L'on trouva le côté droit du cerveau sanieux, putride et corrompu. Dodonée dit que la dure-mère et le cerveau étaient noirâtres, et que le cerveau semblait sphacelé sur un homme qui avait été blessé à la tête par un instrument contondant. S'il nous reste, après la lecture de ces deux citations, quelques incertitudes sur la véritable nature des altérations cérébrales indiquées par Forestus et Dodonée, les descriptions de gangrène cérébrale que trace Morgagni dans ses dernières Lettres nous paraissent assez positives pour lever tous les doutes. Un homme s'étant blessé au front en tombant sur le visage, la table externe du crâne présenta vers le siége de la blessure une fente qui ne pénétrait point à l'intérieur du coronal. Le cerveau, non seulement au-dessous de la fracture, mais encore dans toute l'étendue d'un hémisphère, était d'un noir verdâtre, et répandait une odeur repoussante; l'altération de couleur s'étendait en profondeur jusqu'au ventricule latéral, et n'épargnait que la base de l'hémisphère. Morgagni, revenant sur cette altération de la substance nerveuse à l'occasion d'une rupture vasculaire qui s'était effectuée sur le même individu dans l'un des sinus du cerveau, n'hésita point à la considérer comme un produit gangréneux. (Lettre 52, p. 33. Voyez aussi Lettre 51, p. 12.) Probablement la terminaison de l'encéphalite locale par gangrène est précédée des symptômes propres à l'encéphalite partielle pendant la période de turgescence, et la paralysie des membres caractérise la période de putréfaction. Cette conjecture acquiert un nouveau degré de vraisemblance si l'on se rappelle ce qui s'observe dans certains cas de fractures comminutives du crâne, où quelques portions de l'encéphale, poussées sans doute au-dehors par l'inflammation, brunissent, tombent en putréfaction, et se séparent du reste de l'organe. Dans les cas de ce genre, il survient des phénomènes convulsifs, de la paralysie, et presque constamment le sujet succombe lentement. » (Calmeil, *Dictionnaire de méd.* en 30 vol., art. ENCÉPHALITE, t. XI, p. 530.)

Symptômes. — Tous les auteurs scrupuleux qui ont tracé la symptomatologie de l'encéphalite commencent par faire remarquer que rien n'est plus difficile que de faire le tableau général de cette symptomatologie; aussi verrons-nous une grande hésitation, une grande confusion, dans cette partie de l'histoire de la maladie. Voici comment s'exprime Abercrombie, après avoir, comme la plupart des auteurs, fait la remarque que nous venons de reproduire :

« Dans l'état d'inflammation simple, l'affection semble *en général* caractérisée par la céphalalgie et les convulsions. Lorsque la maladie a une marche moins aiguë, comme dans les observations XXVI et XXVII, on la voit déterminer la paralysie, sans convulsions, et devenir fatale

dans l'état d'inflammation simple, avec tous les symptômes d'une véritable apoplexie. D'un autre côté, la paralysie a précédé les convulsions dans l'observation XXIX. Dans quelques uns des cas qui se sont terminés par la formation d'abcès enkystés, on est fondé à établir que la période inflammatoire a été caractérisée par les convulsions d'un ou de plusieurs membres, suivies de paralysie temporaire, et que la paralysie permanente est survenue lorsque la maladie a passé à la suppuration. Dans quelques autres cas encore, il semble probable que l'état inflammatoire a produit une attaque de paralysie exactement semblable à une hémiplégie ordinaire survenue par d'autres causes. C'est ce qui a probablement eu lieu chez le sujet de l'observation XXXIII.

» Le docteur Treutler a rapporté un exemple intéressant de cette maladie sous la forme la plus chronique. Il s'agit d'une femme de trente ans. Elle était malade d'une hydropisie qui avait succédé à une fièvre intermittente, et qui était liée à une maladie de la rate. Le troisième mois de sa maladie, cette femme se plaignit d'une sensation de pesanteur à l'occiput, vers le côté droit, avec obscurcissement de la vue et grande propension au sommeil. L'ouïe devint obtuse; la parole fut confuse, et elle perdit la mémoire. Elle sembla à la fin privée de toute action de la volonté sur chaque muscle, en sorte qu'elle en vint à ne pouvoir ni mouvoir les jambes et les bras, ni soutenir la tête. Finalement, elle eut des convulsions et des attaques d'apoplexie, et elle mourut subitement à la fin du troisième mois de sa maladie, c'est-à-dire moins d'un mois après l'invasion des accidents encéphaliques. On trouva à la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau, derrière le ventricule latéral, une portion du cerveau, du volume d'une grosse noix, dans un état d'inflammation intense. Les membranes adhéraient en plusieurs points à la surface du cerveau, et, dans les lieux où elles étaient libres, il y avait un épanchement séreux sous l'arachnoïde. On ne trouva aucun fluide dans les ventricules. Il y avait des hydatides dans les plexus choroïdes, et elles étaient plus nombreuses du côté droit. La rate était très volumineuse, et il y avait dans l'abdomen plusieurs livres de sang extravasé. Ce sang était contenu, partie dans la cavité de l'épiploon, partie entre les lames du mésocolon, et partie sous la tunique péritonéale du colon descendant. » (Abercrombie, *loc. cit.*, p. 151.)

Nous devons ajouter ici un cas beaucoup plus intéressant encore que le précédent, et qui a été communiqué à Abercrombie lui-même, ainsi qu'un autre observé par M. Gendrin, et accompagné de remarques intéressantes faites par ce dernier médecin sur les encéphalites à forme apoplectique.

Obs. 2. « Je suis redevable au docteur Hay, dit Abercrombie, d'une observation recueillie sur une demoiselle de soixante ans, qui fut frappée, à la fin de septembre 1824, d'une attaque d'apoplexie avec paralysie partielle du côté droit. Elle fut soulagée par la saignée et parut se rétablir jusqu'au 8 octobre suivant, qu'elle eut une deuxième attaque. Elle ne perdit pas alors connaissance, mais elle se plaignit d'une forte pulsation dans tout le corps, particulièrement dans le côté droit; le bras et la jambe de ce côté furent de nouveau frappés de paralysie; dès lors, elle perdit graduellement la faculté de se servir de ses membres, d'abord de la jambe et ensuite du bras. Elle avait parfois des retours de la sensation de battement. Elle appliquait souvent sa main au côté droit de la tête, où elle se plaignait de sentir du malaise; on observa même que pendant son sommeil sa main était fréquemment portée vers cette partie. La constipation était considérable. Le docteur Hay eut recours de la manière la plus méthodique et sans aucun succès aux moyens ordinairement usités dans ces cas. Les forces diminuèrent graduellement, et la mort arriva le 26 décembre, après une semaine de coma, dans lequel la malade perdit la faculté d'avaler.

» *Ouverture du cadavre.* — La dure-mère adhérait très solidement au cerveau vers le centre et à la partie supérieure de l'hémisphère gauche; la substance cérébrale correspondante à ce point semblait plus ferme que dans l'état naturel; incisée, elle fut trouvée d'une couleur rouge-vif. Cette partie malade avait environ un pouce et demi de haut en bas, et autant environ de largeur. La substance cérébrale environnante semblait plus vasculaire que les

autres points du cerveau. Plus profondément dans le tissu cérébral, on trouva une autre portion malade, du volume d'une noisette; elle était d'un rouge plus foncé que l'autre; le corps strié du même côté était d'une couleur rouge presque purpurine; son tissu était ramolli; il se présenta à la surface de l'incision qui divisait cette partie un très grand nombre de points vasculaires. L'hémisphère droit était sain; il y avait une petite quantité de liquide dans les ventricules latéraux; les plexus choroïdes étaient engorgés de sang dans l'un et l'autre ventricule; ils présentaient un grand nombre de petits kystes d'une couleur bleuâtre. Les vaisseaux de la surface de l'hémisphère gauche et ceux qui rampaient entre ses circonvolutions étaient très gorgés de sang, et même dans quelques unes des circonvolutions les plus profondes il y avait une légère apparence d'ecchymose. » (Abercrombie, *loc. cit.*, p. 112.)

Voici maintenant la note importante que M. Gendrin a ajoutée à la suite de cette observation.

« Cette observation est remarquable par la forme des accidents qui se sont manifestés chez la malade qui en a été le sujet. D'après les idées trop absolues qu'ils se font sur le siége et la nature de l'apoplexie, on ne peut douter que beaucoup de médecins, appelés auprès de cette malade, n'eussent considéré les phénomènes apoplectiques et paralytiques comme l'effet d'un épanchement sanguin, d'une hémorrhagie dans le cerveau. Il n'est pas inutile, aujourd'hui que l'on semble porté à expliquer les phénomènes morbides par des lésions anatomiques tranchées, d'insister sur cette forme particulière des inflammations encéphaliques, qui donne à leur invasion tous les caractères de l'apoplexie la plus franche. L'observation suivante fournit un exemple de cette forme de la maladie, et met à même de bien analyser les rapports qui existent entre la phlegmasie cérébrale et l'extravasation du sang dans le tissu enflammé.

Obs. 3. » Elisabeth Marc, âgée de soixante ans, n'avait jamais éprouvé de maladie sérieuse, et jouissait d'une bonne santé lorsqu'elle fut atteinte d'une certaine gêne dans la parole et d'une certaine distorsion de la bouche. Elle n'eut aucune conscience de ces accidents, seulement elle se plaignait d'inappétence. Huit jours après l'invasion de ces prodromes, elle fut frappée subitement de perte de connaissance complète, et elle tomba sur le carreau. Un médecin lui pratiqua deux saignées du bras, lui fit appliquer des sangsues aux tempes et des sinapismes aux extrémités; revenue à elle, cette femme conserva de cet état une faiblesse telle, qu'elle ne pouvait quitter son lit. Elle essaya une fois de se lever, mais elle tomba sur le carreau; elle put cependant se relever, mais avec une grande peine, sans secours étranger. Les urines coulaient involontairement; elle ne pouvait retenir ses matières fécales; les mouvements des bras étaient imparfaits ou très faibles, car la malade ne pouvait fixer elle-même son bonnet sur sa tête. Cependant elle ne conservait aucune céphalalgie intense fixée d'un côté ou de l'autre de la tête; elle jouissait de l'intégrité de toutes ses facultés intellectuelles. Cet état durait depuis cinq semaines quand elle tomba tout à coup sans connaissance; les yeux se fermèrent; elle resta sans parole et dans un état tout à fait apoplectique. On eut de nouveau recours aux émissions sanguines, aux lavements purgatifs et aux drastiques administrés par la bouche. L'état comateux diminua, mais les mouvements restèrent gênés. C'est alors qu'elle fut transportée à l'hôpital, dans mon service, le douzième jour de la deuxième attaque. Je recueillis de ses parents les détails que je viens de rapporter, et je la trouvai dans l'état suivant le 28 février 1834 : Elle avait la conscience de tout ce qui se passait autour d'elle; elle répondait lentement, mais sensément, aux questions qui lui étaient adressées. Couchée sur le dos, elle ne faisait aucun effort pour changer de position. La paupière supérieure de l'œil gauche était abaissée; les efforts de la malade étaient impuissants pour la mouvoir; elle portait ses mains pour relever ce voile membraneux et mettre l'œil à découvert. La paupière supérieure de l'œil droit était abaissée aux deux tiers; la malade ne la soulevait qu'avec peine; les globes oculaires étaient très mobiles; les pupilles étaient dilatées. La malade jouissait de l'intégrité de sa vision; la commissure droite de la bouche était entraînée en bas et à droite; la langue avait conservé sa position

et était facilement sortie de la bouche. La malade se plaignait d'avoir la bouche amère et de ne prendre ses aliments qu'avec beaucoup de dégoût ; l'ouïe était un peu dure ; la sensibilité était conservée sur toutes les parties du corps ; le membre thoracique gauche était dans un état de demi-paralysie du mouvement qui se reconnaissait à ce que la malade ne le soulevait que difficilement et lentement, et le laissait immédiatement retomber. Ce membre était demi-fléchi et très légèrement contracturé. Le membre pelvien gauche n'était aussi mû par la malade qu'avec une très grande difficulté ; elle disait qu'il était lourd ; la parole n'était rétablie que depuis le matin. Lorsque la malade buvait, elle avait une petite toux et de légères angoisses, comme si le liquide tendait en partie à passer dans la glotte. La peau était chaude et sèche ; le pouls petit, fréquent et régulier. La malade avait la conscience du besoin de rendre ses urines et ses matières fécales. Elle ne se plaignait d'aucune douleur, même à la tête. Le 1er mars, le bras gauche était complétement paralysé, mais la malade remuait les doigts, quoique difficilement ; il était tenu demi-fléchi par les fléchisseurs contractés. La jambe gauche avait aussi perdu de ses mouvements depuis la veille, mais à un moindre degré que le bras ; la langue ne pouvait plus être sortie de la bouche ; la paupière supérieure gauche était toujours abaissée ; les facultés intellectuelles restaient intactes et la parole facile ; la malade n'exprimait la sensation d'aucune douleur. Le soir, elle était tombée dans un état de rêvasserie continuelle avec somnolence ; on l'en faisait facilement sortir ; elle jouissait de toutes ses facultés intellectuelles, et répondait aisément aux questions qu'on lui adressait. (Application de moxas derrière les apophyses mastoïdes.)

» L'état de la malade resta le même jusqu'au 5 mars ; la somnolence avait disparu après l'application des moxas, mais le 5 mars, la chaleur de la peau devint vive et la malade eut de la loquacité ; elle conservait toujours ses facultés intellectuelles et ne se plaignait d'aucune douleur. La paralysie persistait au même degré et dans les mêmes parties, sauf aux paupières qui avaient recouvré leurs mouvements. Le 8 mars elle tomba dans le coma ; les évacuations alvines, qui avaient été jusque là abondantes et faciles sous l'influence des boissons stibiées, s'arrêtèrent. La contracture du bras gauche paralysé cessa ; la respiration devint haute et ralentie ; la dose du tartre stibié dans les boissons fut augmentée. Le 9 mars le coma était moins profond ; la malade en sortait lorsqu'on l'excitait, mais elle restait sans parole ; elle faisait des efforts pour montrer la langue. La peau de l'avant-bras gauche était tout à fait insensible ; il y avait eu depuis la veille des évacuations alvines assez abondantes ; le soir l'état comateux devint plus profond. Le 10, la malade était dans le coma le plus profond ; il y avait une résolution générale des membres ; la peau était généralement chaude et injectée, le pouls fréquent et faible ; la respiration accélérée et légèrement stertoreuse. La mort arriva le 11 mars.

» *Ouverture du cadavre, pratiquée quarante-deux heures après la mort.* — Les vaisseaux superficiels du cerveau n'étaient pas gorgés de sang ; les méninges ne présentaient aucune altération ; le ventricule latéral droit contenait environ une once de sérosité limpide ; il n'était pas dilaté ; ses parois étaient saines ; les vaisseaux artériels et veineux de l'hémisphère droit, suivis dans la scissure de Sylvius, étaient sains ; leurs rameaux presque capillaires pénétrant dans le tissu du cerveau, étaient gorgés de sang. On remarquait sur la base de l'hémisphère droit, aux limites inférieures et postérieures du lobe antérieur droit, et aux limites inférieures et antérieures du lobe moyen droit, près du bord inférieur de l'hémisphère droit, une circonvolution tuméfiée, sur laquelle on ne trouvait cependant, ni dans les vaisseaux, ni dans les méninges, aucune trace de maladie. Une incision transversale pratiquée sur cette circonvolution, conduisit, à une ligne et demie et à deux lignes de profondeur, dans une cavité distendue par de la sérosité jaunâtre, visqueuse, ayant l'apparence de l'huile. Cette sérosité était logée dans une cavité anfractueuse qui aurait pu contenir un petit œuf. Dans cette cavité se trouvait une pseudo-membrane molle, très ténue, n'adhérant que faiblement à une petite partie de la surface supérieure du

foyer. Deux petits fragments de matière jaune verdâtre, demi-liquide, d'aspect tout à fait purulent, de deux ou trois lignes de diamètre, flottaient dans la cavité de cette pseudo-membrane dans le fluide visqueux qui la remplissait. La partie supérieure et interne de ce foyer était lésée et formée par la pulpe cérébrale légèrement ramollie et contenant un lacis très serré de vaisseaux capillaires fort injectés. Cette surface, ainsi pourvue d'une très grande quantité de capillaires rouges, correspondait à la partie profonde du corps strié. Dans le reste de leur étendue, les parois de ce foyer étaient anfractueuses, déchirées et parsemées d'un grand nombre de petits caillots de sang coagulé, mal circonscrits, mélangés et incorporés avec du tissu cérébral mou, désorganisé, rouge, jaune grisâtre, formant une pulpe désorganisée que la chute d'un filet d'eau entraînait facilement. Antérieurement ce foyer se prolongeait jusqu'à huit à dix lignes de profondeur dans le lobe droit antérieur par un processus à parois rougeâtres, sablées, moins molles que les parois du foyer, mais évidemment formées aussi par la pulpe rougie, mélangée et comme malaxée avec du sang. Jusqu'à sept à huit lignes autour de ce foyer le cerveau était très injecté et pénétré par un très grand nombre de capillaires engorgés. La pulpe cérébrale reprenait progressivement sa densité normale à mesure qu'on s'éloignait du foyer. Tout le tissu de l'hémisphère droit du cerveau était légèrement augmenté de densité, et dans cet état de congestion sanguine qui se caractérise par l'aspect sablé de la surface d'une section transversale de l'organe.

» L'hémisphère gauche présentait, dans la cavité du ventricule latéral, environ une once et demie de sérosité diaphane. Cette cavité était légèrement agrandie. Tout cet hémisphère offrait aussi une injection de ses capillaires sanguins, moins prononcée que dans l'autre hémisphère, mais évidente aussi par l'aspect sablé d'une coupe faite au travers de l'organe.

» Les sinus de la base du crâne étaient engorgés de sang noir récemment coagulé; le ventricule cérébelleux, le cervelet, la protubérance annulaire, le bulbe rachidien étaient sains; il en était de même des viscères des autres cavités.

» Il serait sans doute difficile de déterminer si cette maladie a débuté par une simple extravasation de liquide dans le tissu cérébral, ou si cette extravasation a été l'effet d'une maladie inflammatoire primitive du tissu de l'encéphale. Si cependant j'avais à prononcer à cet égard, je dirais qu'il me paraît très probable que la maladie a débuté par une extravasation de liquide dans la pulpe cérébrale déjà malade, mais malade dans une petite étendue. J'attribue à la maladie peu étendue de la pulpe les prodromes éprouvés par la malade, savoir, la gêne de la parole et la distorsion de la bouche. L'explosion apoplectique de la maladie me semble correspondre au moment de l'extravasation qui s'est opérée dans le tissu malade qu'elle a dû achever de détruire. Si en effet la maladie de la pulpe cérébrale eût persisté autour du foyer d'extravasation, la formation du kyste réparateur, qui était déjà assez avancée, ne se fût pas établie dans un tissu cérébral déjà presque désorganisé par une phlegmasie antérieure. La formation des kystes de cette espèce se fait par une inflammation de la même nature que celle qui détermine les cicatrices; cette inflammation n'est plus possible dans le tissu cérébral déjà fort altéré, et, ce qui le prouve, c'est ce fait qui résulte des observations que dans ces cas la nature travaille à former le kyste au-delà de ce tissu altéré qui est annulé ensuite de la même manière que le sang entravasé lui-même. Ce serait donc une manière inexacte d'apprécier les choses que de juger de la quantité et de l'étendue de l'épanchement par l'étendue du kyste lui-même; car ce kyste a originairement enveloppé et le fluide épanché et le tissu cérébral entièrement désorganisé, soit par le fait de l'épanchement lui-même, soit par une phlegmasie antécédente.

» La formation du foyer rapportée à une première attaque est d'accord avec ce que l'ouverture du corps a démontré; la formation déjà avancée du kyste ne pouvait se rapporter à la deuxième attaque. Cette dernière a marqué l'invasion de l'état inflammatoire dont le cerveau était le siége et qui est devenu la cause de la mort. Le principe de cette inflammation se trouve dans la désorganisation locale d'une partie

de l'hémisphère droit, comme le principe de l'augmentation de sérosité qui existait dans le ventricule était dans la congestion sub-inflammatoire de toute la masse cérébrale.

» Quant aux symptômes que cette maladie a présentés, ils ont été en rapport avec les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre; les détails qui viennent d'être donnés le démontrent suffisamment. Il faut cependant signaler ce fait important de la douleur céphalalgique dans une lésion cérébrale si grave. Cette absence s'offre assez souvent dans les phlegmasies limitées à la pulpe cérébrale; elle est très rare dans l'inflammation des méninges. L'absence du délire doit être aussi remarquée, les méninges étaient saines, et, quelque soit le désordre dans le tissu cérébral, le délire n'est pas produit par la phlegmasie limitée à cette substance. » (A.-N. Gendrin, *traduction* d'Abercrombie, p. 113.)

Reprenons maintenant la description des symptômes habituels de l'encéphalite.

» Le ramollissement (1) de la substance cérébrale ne paraît être caractérisé par aucun symptôme uniforme. On ne trouve en particulier aucun motif fondé d'admettre les caractères assignés par les médecins français à cette altération cérébrale, savoir : qu'elle se distingue par la contracture d'un ou de plusieurs membres. Ce symptôme s'est présenté chez le sujet de l'observation XXIX, à une période très précoce, et il a ensuite disparu. On a aussi vu cet accident coïncider avec les affections des membranes, sans aucune maladie de la substance du cerveau et avec des abcès cérébraux enkystés. On a aussi fréquemment observé la contracture dans les cas de typhus, dans lesquels les fonctions cérébrales sont fortement troublées, mais qui se terminent favorablement. M. Lallemand remarque, dans ses lettres sur l'encéphale, qu'ayant adopté l'idée que la contracture des membres était un signe de ramollissement du cerveau, il se trouva très embarrassé en observant cette altération dans un cas où tous les membres avaient été dans le relâchement le plus complet.

» Les cas où le ramollissement survient semblent être, en général, caractérisés par des convulsions plus ou moins étendues, suivies de paralysie et de coma. Les convulsions cessent quelque temps avant la mort, et le coma leur succède immédiatement; cependant chez le sujet de l'observation XXIX les convulsions ont continué avec la dernière violence jusqu'au moment de la mort; tandis que chez le malade de l'observation XXXII il n'est pas survenu de convulsions, mais bien une attaque subite de paralysie, ressemblant exactement à une attaque ordinaire d'hémiplégie survenue par d'autres causes. Dans les deux observations XXXI et XXXII, un ramollissement d'une très petite étendue a été la seule lésion morbide en rapport avec des symptômes longtemps prolongés. La maladie est enfin, dans ces deux cas, devenue rapidement fatale par une attaque subite de convulsions. Dans quelques unes des observations subséquentes, nous trouvons des exemples de la destruction la plus étendue de la substance cérébrale, sans paralysie ni convulsions, et même sans coma. Dans un cas remarquable, dont je rapporterai entièrement l'histoire, en parlant des tubercules cérébraux (obs. XCI), on trouva une destruction de la substance cérébrale la plus étendue peut-être qui ait été observée, avec laquelle le malade se mit au lit dans l'état où il était depuis plusieurs mois, et fut trouvé mort le lendemain matin.

» On n'a point aussi de données suffisantes pour assigner au ramollissement de parties déterminées du cerveau des symptômes dans des organes particuliers. Les convulsions, de même côté que celui où se trouve la maladie et la paralysie du côté opposé, semblent être les accidents les plus ordinaires; mais on a déjà fait observer qu'ils ne sont pas constants. Dans plusieurs cas la parole a été remarquablement lésée; mais on ne trouve point que, dans ce cas, le siége de la maladie ait été uniforme. Le retour de la parole, qui s'est présenté chez le sujet de l'observation XXXIII, est une circonstance importante.

(1) Il est inutile sans doute de faire remarquer que c'est, sinon exclusivement, au moins principalement du ramollissement rouge, c'est-à-dire de l'inflammation, qu'il s'agit dans l'esprit d'Abercrombie, lorsqu'il parle du ramollissement. Nous avons déjà dit que la description isolée du ramollissement simple ne se rencontrait d'une manière complète dans presque aucun auteur.

Dans un fait rapporté par M. Lallemand, dans lequel la partie supérieure des deux hémisphères était affectée, il y avait résolution de tous les membres. Dans un autre cas, où le ramollissement était situé à la protubérance annulaire, il y avait strabisme, résolution de tous les membres et renversement de la tête en arrière. Le même auteur a donné deux observations sur la maladie ayant son siége dans le cervelet. Dans l'une, il survient de la céphalalgie, de la frénésie, des mouvements convulsifs, et la mort subite. Dans l'autre, dans laquelle le siége du mal était dans le lobe gauche du cervelet, il y avait perte de la parole avec paralysie du côté droit et stupeur; la mort arriva le huitième jour.

» Dans les cas où la maladie se termine par suppuration, on trouve la même variation dans les symptômes que dans les autres modes de terminaison. La suppuration, comme nous l'avons déjà fait remarquer, est tantôt confinée dans des abcès circonscrits et enkystés, tantôt elle n'est point circonscrite, et le pus est alors plus ou moins mêlé avec la substance cérébrale, dans un état de ramollissement. Dans cette dernière forme de maladie cérébrale, les symptômes sont souvent excessivement obscurs et indéterminés, comme dans les observations XXXV et XXXVI. Dans les abcès enkystés, les symptômes semblent être en général plus tranchés et plus intenses. La marche des accidents a été remarquable dans l'observation XXXVIII : attaque subite de convulsions suivie de paralysie d'un bras, arrivée probablement dans la période inflammatoire; ces symptômes ont cessé par la saignée et d'autres remèdes, et le bras a recouvré ses mouvements. Les convulsions, et avec elles la paralysie, reviennent et cèdent de nouveau. Après plusieurs attaques de même espèce, la paralysie devient permanente; la cuisse et la jambe sont aussi envahies. Il paraît très probable que, dans ce cas, les convulsions se sont renouvelées pendant le cours de la période inflammatoire, et que la période de suppuration a correspondu à la paralysie permanente. Trois abcès existaient dans le cerveau; la formation successive de ces abcès a-t-elle eu quelque rapport avec les attaques successives de la maladie au bras et à la jambe? Ce ne peut être qu'une conjecture. Dans un cas semblable rapporté par Bartholin, la jambe fut la première affectée et le bras ne fut entrepris qu'ensuite. On ne parle cependant que d'un abcès et l'on dit qu'il était du côté opposé à celui qu'occupait la paralysie. Dans une observation recueillie par Schenkius, il y eut paralysie du côté gauche, convulsion du côté droit; il y avait un abcès superficiel du côté droit du cerveau. Je rapporterai, en parlant des maladies du crâne, un fait en quelques points semblable, dans lequel il y avait paralysie du côté gauche et mouvements convulsifs du bras droit. Chez une jeune fille de cinq ans dont le docteur Bateman a recueilli l'histoire, on trouva à la partie postérieure de l'hémisphère droit un abcès enveloppé d'un kyste bien formé et vasculaire qui contenait quatre onces de pus. La malade avait d'abord été prise de convulsions de tout le corps, qui avaient continué pendant près de deux jours; pendant ce temps le côté gauche du corps était dans un état d'extension avec raideur et le côté droit était agité de mouvements continuels. Lorsque l'attaque cessa, le côté droit resta paralytique. La malade avait de la céphalalgie, du strabisme, de la cécité et des accès de convulsions. Elle mourut après quinze semaines de maladie. Il n'y avait eu de coma que le dernier jour. Dans des cas de cette espèce, la paralysie est survenue sans convulsions, et, dans d'autres, les convulsions ont été observées sans paralysie; mais on peut considérer l'un ou l'autre de ces accidents comme se liant également à l'existence d'abcès enkystés dans le cerveau. Dans un fait décrit par Morgagni, les symptômes dominants furent la douleur au côté gauche de la tête, le délire, la perte de la parole et l'affaiblissement des muscles du côté gauche du cou. Cet homme mourut au bout de quatorze jours, graduellement épuisé. Il y avait un abcès dans le corps strié droit, qui s'était ouvert dans le ventricule. Dans un cas observé par Valsalva, dans lequel la maladie avait son siége dans le corps strié droit, la parole avait été très affectée, et un côté du corps avait été frappé de paralysie. Dans un autre cas, la prononciation avait cessé d'être distincte et il y

avait paralysie du côté droit : on trouva une cavité ulcéreuse à la base du cerveau du côté gauche. Dans une troisième observation recueillie par le même auteur, la paralysie du côté droit et les convulsions du côté gauche se montrèrent avec une cavité ulcéreuse dans la substance du cerveau, sous le plexus choroïde du côté gauche.

» Les symptômes qui s'observent dans les affections cérébrales présentent différentes variétés sur lesquelles il est inutile d'entrer dans de longs détails. Dans un cas recueilli par M. Lallemand, il se manifesta des crampes dans les membres, suivies d'une attaque subite de paralysie du côté droit. Trois jours après, les membres déjà affectés furent pris de convulsions qui se renouvelèrent pendant plusieurs jours et finirent par le coma mortel. Dans un autre cas rapporté par le même écrivain, l'invasion se fit par une douleur du côté droit de la tête et un tremblement du bras gauche. Ce membre fut ensuite agité de mouvements continuels de flexion et d'extension : au bout de quelques jours il resta paralysé. Il y eut aussi des mouvements convulsifs des membres droits, l'abcès était dans le côté droit du cerveau. Sur un homme dont parle M. Broussais, on trouva un abcès étendu au centre de chaque hémisphère, et il ne s'était manifesté d'autre symptôme qu'une lenteur particulière dans les manières, suivie de taciturnité et de coma au bout de trente-sept jours.

» Dans les cas les plus chroniques, l'abcès se trouve souvent renfermé dans une masse de matière tuberculeuse ou de substance cérébrale indurée. Ces altérations surviennent probablement dans les affections chroniques du tissu cérébral, qui, après être restées longtemps indolentes, ont, avec le temps, passé à la suppuration.

» On a quelquefois trouvé un abcès dans le cerveau sans qu'aucun symptôme ait indiqué son existence. Morgagni en a rencontré un dans la partie postérieure du cerveau, chez un homme qui mourut d'une gangrène des fesses, sans avoir éprouvé aucun accident du côté de la tête. Un homme, que le docteur Powel a cité, fut reçu à l'hôpital Saint-Barthélemy avec de la toux, de la dyspnée et un crachement de sang; il périt après un mois de séjour à cet hôpital. Pendant quelque temps avant sa mort il resta dans un état d'assoupissement, avec du délire par instants, mais sans coma : il ne se plaignit jamais de la tête. On trouva les poumons fort altérés, et un abcès, du diamètre d'une grosse noix, dans la substance du cerveau, sous la partie antérieure du corps calleux.

» Dans les abcès enkystés du cervelet, les symptômes semblent moins violents que lorsque la maladie a son siége dans le cerveau. Il n'y eut que de très légères convulsions chez le malade de l'observation III, et dans le sujet de l'observation XLIV, le symptôme le plus remarquable fut l'impossibilité d'exercer la déglutition. Dans un fait recueilli par Plancus, il y eut paralysie d'un côté, et l'on remarqua qu'elle existait du même côté que la lésion cérébelleuse. Dans notre observation III, quoique la maladie fût dans le cervelet, le principal siége de la douleur était au front. Cela a été observé dans d'autres cas de même espèce. » (Abercrombie, *loc. cit.*, p. 154.)

L'auteur que nous venons de citer, dans son livre, si riche d'observations, mais qui laisse beaucoup à désirer sous le rapport de la méthode, a fait un paragraphe particulier de l'encéphalite qu'il désigne sous le nom d'*ulcération superficielle du cerveau;* comme c'est d'après quelques faits rares qu'il résume que sa description a été tracée, il serait difficile de dire jusqu'à quel point elle peut s'appliquer à la généralité des cas ; quoi qu'il en soit, voici ce qu'il dit à ce sujet :

« L'ulcération superficielle du cerveau semble se rencontrer rarement, et dans quelques cas de cette maladie on a observé des phénomènes particuliers, ou plutôt un caractère intéressant à noter. Un homme, qui a été observé par le docteur Powel, fut affecté de mouvements convulsifs du côté gauche du corps, qui avaient la plus grande ressemblance avec les symptômes de la chorée. Ces accidents cessaient pendant le sommeil. Il n'y avait aucun autre symptôme morbide ; ils durèrent cinq semaines et se terminèrent subitement par la paralysie du côté affecté : aussitôt après,

la main et le bras droit furent attaqués de convulsions, mais à un faible degré. Le malade tomba alors graduellement dans le coma et périt après deux mois de maladie. Il existait sur la partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau une perte de substance superficielle produite par ulcération. Cet ulcère avait deux pouces de long et autant de large et présentait une excavation irrégulière dans laquelle était déposée une couche mince de matière coagulée : une lésion semblable, mais moins étendue, existait à la partie antérieure de l'hémisphère gauche. Il y avait beaucoup de fluide dans les ventricules. Une dame, dont le docteur Thomas Anderson, de Leith, a recueilli l'histoire, était sujette, depuis plusieurs années, à une céphalalgie qui était très violente au sommet de la tête. Après que cet accident eut duré un temps très considérable, cette dame fut prise d'une affection convulsive du bras et de la jambe gauches. La maladie prit la forme de paroxysmes qui revenaient plusieurs fois chaque jour et qui duraient en général une demi-heure chaque fois. Cette maladie devint graduellement de plus en plus intense. Le côté droit fut ensuite affecté légèrement des mêmes accidents, puis la malade devint sujette à des accès de coma, dans lesquels elle restait quelquefois jusqu'à vingt-quatre heures. La mort arriva enfin par les progrès de l'épuisement. Il y avait sur la surface de la partie supérieure de l'hémisphère droit du cerveau une perte de substance, une ulcération de deux pouces et demi de longueur, sur un pouce de large et près d'un pouce de profondeur. Dans le fond de cet ulcère se trouvaient des lamelles minces d'une matière ferme, brune, avec des concrétions calculeuses, dont quelques unes se réduisaient en sable à la plus légère pression.

» Un fait aussi rapporté par le docteur Anderson, et dans lequel la maladie s'est formée sous ses yeux, fait connaître l'effet de l'inflammation superficielle du cerveau ou de ses membranes. Un petit garçon eut, par suite d'un coup à la tête, une dépression d'une portion considérable de l'os pariétal droit. La portion déprimée avait pénétré au travers de la dure-mère et appuyait sur le cerveau ; il y avait paralysie du côté gauche et l'œil gauche était insensible. La portion de l'os enfoncée fut relevée ; la paralysie diminua considérablement et la vision fut en grande partie rétablie dans l'œil. Le troisième jour après l'opération, la plaie de la dure-mère s'enflamma, il survint une tuméfaction considérable ; la jambe et le bras gauches se paralysèrent immédiatement, et la paralysie s'accompagna de convulsions ; l'œil gauche devint aussi de nouveau insensible. Il y eut de fréquentes convulsions dans toutes ces parties pendant plusieurs jours, sans qu'il survînt aucune trace d'affection du côté droit, jusqu'à ce que, la suppuration s'étant ensuite établie, tous les symptômes se calmèrent. Si de pareils accidents fussent survenus sans qu'il y ait eu d'issue, comme dans ce cas, pour la matière épanchée, la suppuration, au lieu de diminuer les accidents, aurait probablement déterminé une paralysie permanente et un coma funeste. Jean Bell a rapporté l'histoire d'un homme qui, à la suite d'un coup à la tête, eut, à la surface du cerveau, un épanchement de sang étendu qui fut enlevé par des applications répétées de trépan. Pendant cette maladie, qui dura trois mois, le côté gauche du cerveau suppura cinq ou six fois. Chaque attaque d'inflammation était toujours accompagnée de fièvre, de stupeur et de difficulté de la déglutition ; mais ces accidents disparaissaient, quand la suppuration s'établissait. Différents points du cerveau furent aussi affectés. Lorsque la maladie siégeait vers la partie antérieure, il y avait double vision, qui cessait aussi par le fait de l'établissement de la suppuration ; lorsqu'elle était, au contraire, vers la partie postérieure, il n'y avait point de vision double, mais une lésion de la vue qui consistait à voir un cercle rouge autour d'une lumière.

» Je n'ai observé qu'une seule fois l'ulcération de la surface du cerveau sur une pièce qui m'a été montrée par le docteur Macintosh. On voyait sur différents points de l'hémisphère gauche des ulcérations superficielles, d'étendue variable, à bords rugueux, avec une perte de substance évidente. Cette lésion était survenue sur un enfant de dix-huit mois ; elle était compliquée avec un épanchement dans les ventricules et un ramollissement. La pie-mère et l'arachnoïde étaient détruites sur ces

points ulcérés ; en d'autres points, la pie-mère était garnie de très petits tubercules ; les symptômes n'avaient rien offert de différent de ceux de l'hydrocéphale avec sa forme ordinaire. Il y avait aussi chez cet enfant de nombreux tubercules granuleux dans les poumons. » (Abercrombie, *loc. cit.*, p. 158.)

Tous les symptômes qui précèdent s'appliquent à l'encéphalite aiguë ; mais toutes les encéphalites n'ont pas cette marche ; un assez grand nombre, au contraire, suivent une marche chronique. Abercrombie a décrit ainsi qu'il suit les symptômes de cette forme :

« L'inflammation de la substance cérébrale se montre sous une forme chronique. Dans ce cas, les accidents peuvent continuer pendant des mois, après lesquels la maladie devient fatale, en déterminant ou même sans déterminer la suppuration. Les observations XXVI et XXVII présentent de remarquables exemples de cette forme de la maladie devenant funeste sans suppuration. On peut concevoir quelque doute que, chez le sujet de l'observation XXVI, la maladie ait existé, lors de la première attaque, et, qu'après s'être prolongée, elle ait été enlevée ou en grande partie guérie ; mais elle s'est reproduite et elle est devenue fatale, avec perte de la parole, paralysie et coma, sans dépasser l'état d'inflammation simple. La marche de la maladie, sous sa forme la plus chronique, semble différer beaucoup des autres modifications sous lesquelles elle peut se présenter. La maladie peut, comme nous l'avons vu, persister pendant un temps considérable dans l'état d'inflammation simple, et devenir ainsi fatale avec tous les symptômes d'une véritable apoplexie ; elle peut aussi, après avoir persisté pendant un certain temps dans cet état, passer au ramollissement ou à la suppuration. Il paraît qu'elle se termine aussi quelquefois par induration de la partie du cerveau où elle a son siége. Ces altérations se sont présentées à un certain degré dans l'observation que je dois au docteur Hay (obs. XXVII). Il est d'ailleurs probable que l'apparence inflammatoire de l'altération disparaît à mesure que l'induration se prononce. Le tissu reste alors dans un état d'induration simple qui peut passer, à une période plus avancée, à l'état de suppuration de mauvaise nature. Cette lésion morbide peut, soit affecter une portion considérable du cerveau en s'étendant de sa surface à ses parties profondes, soit se confiner à une petite portion circonscrite de la substance de l'hémisphère. C'est dans ce cas que la partie malade du cerveau peut s'entourer plus tard d'un kyste : on la désigne alors sous la dénomination d'une tumeur dans le cerveau. Il est probable que ces tumeurs ne sont qu'une portion de la substance cérébrale dans l'état d'inflammation scrofuleuse lente ; que, dans sa première période, cette maladie peut être guérie ; et enfin que la formation, autour de cette portion de tissu malade, d'un kyste pseudo-membraneux, ou la terminaison de la phlegmasie par induration du tissu malade qu'elle affecte, sont les phénomènes qui surviennent par la marche du mal, et qui lui impriment le caractère de maladie organique ou incurable. Dans l'un ou l'autre de ces états, cette maladie peut être funeste, soit par sa prolongation, soit en se terminant par suppuration. Cette affection, à son premier degré, a été observée par Borsieri dans la partie antérieure de l'hémisphère cérébral droit, sur un homme qui périt après quatre mois de maladie. Cet homme avait eu constamment une douleur de tête occupant le vertex, de la fièvre, une paralysie du côté gauche, et, par intervalles, des accidents convulsifs. Fantoni trouva une lésion semblable dans le corps calleux sur un homme qui était depuis longtemps sujet à des attaques d'épilepsie, et qui mourut, à la fin, dans le coma et les convulsions. Borsieri a rencontré à l'état de suppuration une tumeur de cette nature, du volume d'un œuf de pigeon, à la partie externe de l'hémisphère droit, sous la suture écailleuse, sur le cadavre d'un homme qui, depuis plusieurs mois, avait eu une violente céphalalgie et des tremblements convulsifs de tout le corps, qui se montraient cependant plus intenses dans le côté gauche. Le même observateur trouva une semblable lésion à la partie postérieure du cerveau, près de la tente, chez une femme malade depuis plusieurs mois, qui se plaignait de violente céphalalgie sans fièvre. La douleur céphalalgique de cette femme était si intense qu'elle la privait complétement de

sommeil, et qu'elle semblait avoir été complétement épuisée par l'intensité de la douleur, sans aucun autre symptôme remarquable.

» Cette forme de l'inflammation chronique d'une petite portion du cerveau est une maladie digne d'attention. Les symptômes peuvent exister pendant plusieurs mois, et offrir les caractères d'une maladie organique ; ils peuvent avoir des rémittences, de manière à ressembler à une céphalalgie périodique. La maladie peut devenir fatale avec tous les symptômes d'une vraie apoplexie ; la partie malade peut passer à l'état d'induration permanente ; ou enfin, après que l'inflammation chronique a semblé résister à tous les remèdes, elle peut graduellement se calmer. Tout cela s'accorde exactement avec la marche de l'inflammation chronique des scrofuleux, comme nous l'observons dans les organes extérieurs, dans les yeux, dans les glandes lymphatiques, dans les testicules, dans la mamelle, dans le tissu cellulaire. Cette inflammation chronique s'établit rapidement : elle gonfle les parties, et elle dérange leurs fonctions ; elle peut rester stationnaire pendant un temps considérable ; elle peut alors se terminer par suppuration ou par induration permanente de la partie malade, ou enfin, après avoir longtemps résisté à tous les remèdes, elle peut graduellement s'apaiser, sans laisser aucun changement permanent dans l'organisation de la partie. Je pense qu'on ne peut guère douter qu'il n'arrive les mêmes choses dans le cerveau. Si on l'admet, la conséquence pratique en sera que l'on se trouvera moins disposé qu'on ne l'est généralement à considérer ces affections comme des maladies organiques contre lesquelles on ne dirige, par ce motif, aucun traitement actif.

» L'observation XXVI fait bien connaître la marche de l'inflammation chronique du cerveau ; nous pouvons rappeler d'autres faits qui la présentent sous différentes formes. Le docteur Powel fait mention d'un homme qui fut pris d'une céphalalgie violente qui revenait par accès. Pendant ces accès, qui se prolongeaient souvent pendant plusieurs heures, il voyait les objets doubles, les facultés de l'esprit étaient affaiblies ; il y avait de l'engourdissement dans le côté gauche, et en même temps des tremblements musculaires. Le pouls était variable, tantôt légèrement fréquent et tantôt au-dessous de son rhythme naturel. Cet homme fut beaucoup soulagé par des saignées larges et répétées ; mais après un court intervalle de mieux, la maladie revint avec une grande violence, et la vision resta double d'une manière permanente. Après plusieurs exacerbations et rémissions de cette espèce, il eut un intervalle de mieux qui dura plus de quinze jours, la douleur revint ensuite avec violence, et fut accompagnée de spasmes des muscles du cou. On retira un soulagement momentané de l'administration des narcotiques, et aussitôt après le caractère périodique de la maladie fut si tranché, qu'elle fut traitée par le quinquina. Le pouls était alors naturel ; sous l'influence de ce traitement, les paroxysmes perdirent de leur intensité, mais non de leur fréquence ; ils s'accompagnèrent parfois de mouvements convulsifs qui affectaient particulièrement le côté droit. Les paroxysmes revenaient à des intervalles irréguliers. Ils consistaient quelquefois seulement dans la douleur, et d'autres fois dans la douleur avec mouvements convulsifs. Le malade périt subitement dans une attaque de convulsions après deux mois de maladie. Il était considéré depuis quelque temps comme étant dans un état plus satisfaisant, et il avait été levé pendant deux heures le jour qui précéda la nuit dans laquelle il succomba. La partie antérieure de l'hémisphère droit était tellement changée dans sa structure et indurée, qu'on la considéra comme une tumeur. A l'enlèvement de la dure-mère, cette partie malade parut plus saillante que les parties voisines : la substance cérébrale qui l'entourait était très molle. Cette altération morbide n'est probablement qu'un degré de la maladie qui a été l'objet des observations XXVI et XXVII ; les symptômes qui se sont manifestés ont une grande similitude avec ceux de la première attaque du sujet de l'observation XXVI.

» La maladie qui nous occupe peut aussi passer à un état d'induration encore plus chronique, dans lequel elle se prolonge pendant un temps très long, tout en déterminant des symptômes très intenses ;

elle peut à la fois devenir fatale par suppuration ou sans suppuration, ou encore, si la lésion a son siége à la surface du cerveau, elle peut se terminer par l'ulcération de cette surface dont il a été déjà question. Un homme, dont parle le docteur Anderson, reçut un violent coup sur le derrière de la tête par la chute d'une pièce de bois d'un navire qui l'atteignit lorsqu'il était incliné au-dessous d'elle. Il survint au bout de quelque temps, dans cette partie, de la douleur, qui augmenta graduellement d'intensité. Au bout de dix-huit mois, cet homme tomba dans des attaques de convulsions de tous les membres supérieurs et inférieurs.

» La violence de ces accidents le fit périr après plusieurs mois de souffrance. Les deux hémisphères du cerveau, à leur partie postérieure, étaient enflammés et très endurcis. Les parties malades adhéraient étroitement à la dure-mère et à la faux, et la dure-mère, en ce point, était épaissie et indurée. Un homme de quarante-cinq ans, dont le fait est rapporté par le même auteur, était sujet depuis plusieurs années à des attaques convulsives, semblables à des attaques d'épilepsie, mais avec cette particularité que les convulsions étaient bornées au bras et à la jambe droits. Les accès revenaient à des intervalles irréguliers, généralement une fois toutes les trois ou quatre semaines, et se terminaient par un état de stupeur qui continuait environ une demi-heure; il n'était survenu aucun changement dans les accidents, lorsque cet homme fut tué par un coup à la tête. Une portion de l'hémisphère gauche du cerveau fut trouvée endurcie et étroitement adhérente à la dure-mère, qui, en ce point, était fort épaissie et indurée. On trouva dans un autre point du cerveau du sang extravasé, qui semblait avoir été l'effet du coup à la tête et la cause immédiate de la mort. Sur un homme âgé de trente-cinq ans, qui avait souffert depuis plusieurs mois d'une violente douleur avec des accès d'épilepsie, Morgagni trouva la partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau indurée et adhérente à la dure-mère. Bander rapporte le cas d'un homme âgé de quarante ans, qui devint subitement épileptique, et fut pris d'une douleur à un point particulier du côté gauche de la tête. Il avait une sensibilité extraordinaire de la surface de la main et du bras gauches, au point que le plus léger souffle de l'air froid sur ces parties déterminait des secousses convulsives. La mort arriva presque subitement après cinq ans de maladie. Il existait au point qui avait été le siége de la douleur une induration superficielle d'une portion du cerveau, sous laquelle se trouvait un abcès du volume d'un œuf. » (Abercrombie, *loc. cit.*, p 163.)

Quelques auteurs ont consacré un paragraphe à l'*inflammation des parties centrales du cerveau ;* mais comme ces divers cas ont été compris, les uns dans l'*encéphalite diffuse* de M. Calmeil, dont il sera question plus tard, les autres dans le ramollissement, car cette inflammation était le plus souvent sans congestion, d'autres encore dans l'hydrocéphale dont il a été longuement question dans le *Traité des maladies des enfants* (*Biblioth. du médecin*, t. VI, p. 107), nous ne nous en occuperons pas davantage ici.

Quant aux symptômes spéciaux qu'on a prétendu exister pour l'inflammation des corps striés, des couches optiques, des lobules antérieurs, etc., ce sont des questions absolument semblables à celles que nous avons agitées à propos de l'hémorrhagie : nous n'aurions qu'à répéter en d'autres termes ce que nous avons dit, quand nous avons traité de cette maladie.

La *marche* et la *durée* de l'encéphalite se trouvent suffisamment indiquées par les détails dans lesquels nous venons d'entrer ; il serait inutile d'y insister de nouveau.

Quant au *diagnostic*, comme nous n'avons encore traité que de l'hémorrhagie, et qu'il n'est pas possible de confondre l'encéphalite avec cette maladie, nous renverrons ce que nous avons à dire sur ce point aux affections avec lesquelles la confusion est possible.

Pronostic. — « L'encéphalite partielle, dit M. Calmeil, n'intéressât-elle que la portion la plus superficielle de la substance corticale du cerveau, constitue une des inflammations les plus funestes de l'organisme. En supposant même que le malade pût échapper à la mort pendant la période d'acuité, ce qui est fort rare lorsque le foyer inflammatoire présente seulement un

pouce de profondeur et d'étendue, l'on a toujours à craindre de voir l'encéphalite se reproduire sous la forme chronique ou sous la forme d'une méningo-céphalite diffuse. L'encéphalite locale traumatique offre cependant beaucoup moins de danger que l'inflammation cérébrale spontanée. L'application du trépan a plusieurs fois permis d'évacuer des abcès situés à la surface du cerveau ou même dans son propre tissu. Des pertes de substance cérébrale assez considérables qui ont dû nécessiter pour la cicatrisation de la plaie le concours d'un travail inflammatoire d'une certaine durée, ont eu lieu, dans quelques cas, sans entraîner de violents désordres dans l'ensemble des fonctions; mais l'importance même que l'on attache aux succès de ce genre témoigne du danger de phlegmasies cérébrales et méningées, et les médecins qui visitent avec quelque assiduité les hospices d'aliénés n'ignorent pas combien il est fréquent d'y rencontrer, parmi les paralytiques, des militaires qui ont été autrefois trépanés ou blessés à la tête par des coups de sabre, des éclats d'obus ou de balles. » (Calmeil, *Dict. de méd. en* 30 *vol.*, t. II, p. 538.)

D'après M. Bouillaud, le pronostic serait bien moins fâcheux que ne le croit M. Calmeil : après avoir constaté que, sur 44 malades qui ont succombé pendant l'existence d'une encéphalite, 9 sont morts dans la première semaine, 6 dans la deuxième, 6 dans la troisième, 2 dans la quatrième, 3 dans la cinquième et 18 après deux mois au plus (dont quelques uns après plusieurs années), M. Bouillaud continue :

« Ce tableau offrirait des résultats bien plus précieux, si les malades dont nous avons lu les observations eussent succombé à une encéphalite pure et simple; mais il n'en est pas ainsi. A peine, sur ces 44 malades, 2 (le quatorzième et le vingtième) étaient-ils affectés d'une inflammation semblable. Chez tous les autres, l'encéphalite proprement dite était combinée avec une ou plusieurs autres maladies, et c'est aux complications plutôt qu'à la phlegmasie partielle du cerveau que la mort doit être rapportée.

» D'après toutes les observations et les réflexions précédemment exposées, nous voyons qu'une inflammation circonscrite du cerveau n'est pas, par elle-même, très dangereuse, c'est-à-dire qu'elle ne menace pas la vie d'une manière immédiate et prochaine.

» Sous ce rapport, les auteurs ont singulièrement exagéré son importance et sa gravité. Mais lorsque la phlegmasie locale se propage à tout le système cérébro-spinal, lorsqu'il s'y joint un épanchement séreux ou sanguin, et surtout une compression plus ou moins forte, la vie des malades est, pour ainsi dire, attaquée dans l'une de ses principales sources, et leurs jours sont dans le péril le plus imminent. D'ailleurs, pour ne pas compromettre la vie des sujets qui en sont affectés, une phlegmasie locale du cerveau n'en est pas moins une maladie très fâcheuse. En effet, elle tend à désorganiser la portion du cerveau qui en est le siége, et partant à paralyser les parties du côté opposé du corps qui puisent dans cet endroit le principe de leurs mouvements volontaires ou de leurs sensations. Or, une semblable paralysie est par elle-même un accident très grave.

» Enfin (et il est inutile de le dire), le pronostic de l'encéphalite est plus ou moins grave, suivant la violence et la nature des causes qui l'ont produite, suivant l'âge, le tempérament des malades, et surtout suivant les complications diverses dont elle est susceptible. » (Bouillaud, *Traité de l'encéphal.*, Paris, 1825, p. 345.)

» Les *causes* des inflammations cérébrales échappent à l'observation dans un très grand nombre de cas. Les circonstances sous l'empire desquelles ces maladies surviennent le plus fréquemment sont surtout les suivantes :

» Ces phlegmasies se manifestent souvent dans le cours des autres maladies fébriles, comme la fièvre continue, la scarlatine, la rougeole, etc.

» Les cas les plus graves et les plus fréquents des maladies cérébrales inflammatoires, survenues par une cause de cette espèce, sont ceux qui succèdent à la scarlatine. Un enfant convalescent de la scarlatine, qu'il peut avoir eue à un faible degré, est pris, peut-être après s'être exposé au froid, de céphalalgie à laquelle succèdent rapidement les convulsions, suivies ellesmêmes de cécité et de coma. Les accidents

cérébraux peuvent avoir été précédés de l'anasarque qui survient fréquemment après la scarlatine. Cette circonstance porte à les attribuer à un épanchement subit dans le cerveau ; cependant la maladie est entièrement inflammatoire, et le malade ne peut être sauvé que par le traitement le plus énergique, par les saignées, les purgatifs et autres moyens semblables. Par ces moyens de traitement, on guérit plusieurs de ces malades ; d'autres périssent et présentent les lésions ordinaires des affections inflammatoires du cerveau. On voit des individus, qui ont été guéris de cette maladie, rester sujets à des accès d'épilepsie.

» La maladie cérébrale qui nous occupe peut se manifester pendant les fièvres continues, spécialement aux périodes les plus avancées de ces fièvres. Lorsqu'elle se développe graduellement et d'une manière insidieuse, elle est généralement au-dessus des ressources de l'art ; mais, si elle est d'une forme plus aiguë, on parvient fréquemment à guérir le malade par un traitement actif. Dans les fièvres lentes prolongées, il survient souvent une affection qui présente plusieurs des caractères des affections cérébrales les plus dangereuses ; mais ces accidents disparaissent lorsque la fièvre cesse. Un enfant de quatre à cinq ans, que j'ai vu avec le docteur Begbie, avait tous les symptômes d'une fièvre lente ; il tomba dans la stupeur, qui s'accompagna de dilatation des pupilles et de cécité avec un certain degré de strabisme. Il perdit la parole et ne la reprit graduellement qu'après être resté complétement muet pendant près d'un mois. La cécité n'avait duré que six jours. Le retour de la parole fut précédé d'un écoulement abondant par les deux oreilles. Trois mois environ après, il mourut à la campagne d'une maladie cérébrale ; on trouva des tubercules dans le cerveau avec un épanchement séreux. J'ai vu une autre fois, chez un adulte, un coma presque complet avec cette roideur spasmodique de plusieurs membres que les auteurs français ont considérée comme caractéristique du ramollissement du cerveau. Cet état durait depuis plusieurs jours ; il se termina favorablement.

» Ces maladies peuvent être le résultat de violences physiques, et c'est peut-être le plus souvent à cette cause qu'il faut le plus généralement les attribuer, spécialement chez les enfants. Les coups à la tête sont souvent légers, et il y a fréquemment un intervalle considérable entre le moment où ils ont été reçus et la manifestation de symptômes alarmants. J'ai rapporté dans ce chapitre deux remarquables exemples d'affections cérébrales qui ont semblé produites par cette cause dans les observations LXIV et LXV.

» La suppression d'évacuations habituelles est aussi une cause de ces maladies. Les exemples les plus communs de cette cause morbifique s'observent par la suppression des menstrues sur de jeunes femmes valétudinaires, chez lesquelles cette suppression est souvent suivie de dangereuses affections cérébrales. La céphalalgie cérébrale, ou tout autre symptôme encéphalique survenant dans ces circonstances, doit toujours être considérée comme exigeant la plus grande attention. L'observation LVII offre un exemple intéressant de maladie cérébrale survenue de cette manière, et parcourant ses périodes avec un ensemble remarquable de symptômes.

» Il semble qu'il faille aussi rapprocher des maladies, qui naissent par les causes dont nous traitons, l'épanchement cérébral qui peut survenir dans les maladies des voies urinaires, et surtout dans une des plus remarquables de ces affections, l'ischurie rénale. Dans cette maladie obscure, le symptôme principal est une diminution subite de la sécrétion de l'urine allant presque jusqu'à une suppression complète de ce liquide. Ordinairement dès le troisième jour de cette suppression, le malade tombe dans le coma, dans lequel il périt au bout de quelques jours : on trouve, dans ces cas, les ventricules cérébraux distendus par un liquide. Sur le sujet de l'observation suivante, les accidents cérébraux ont succédé à une ischurie, sorte d'obstruction des uretères.

» Un homme de soixante-dix ans se plaignit ainsi, en février 1816, qu'il ne pouvait uriner. Il ne se plaignait d'ailleurs d'aucun autre accident : un cathéter fut introduit, et la vessie fut trouvée vide. Il resta dans cet état pendant six jours, gar-

dant la chambre, ne se plaignant d'aucun accident. Une fois ou deux cependant, pressé de questions, il déclara ressentir un malaise dans le dos. Le septième jour, il eut une légère confusion dans les idées, et de l'embarras dans la parole. Le neuvième jour, il tomba dans le coma et périt le treizième.

» A l'ouverture du cadavre, on trouva un épanchement étendu dans les ventricules du cerveau. La vessie était vide; les deux reins étaient distendus par une accumulation d'urine. Les deux uretères étaient complétement obstrués par de gros calculs, l'un à son extrémité supérieure, et l'autre trois pouces environ au-dessous des reins.

» L'inflammation des parties centrales du cerveau coïncide souvent avec une maladie chronique ou scrofuleuse existant dans d'autres parties du corps : l'affection si fréquente du cerveau dans la période la plus avancée de la phthisie en est un exemple très commun. J'ai rapporté plusieurs faits de cette espèce, et j'en ai vu un beaucoup plus grand nombre d'autres se présentant sous différentes formes.

» Dans un cas, les accidents cérébraux commencèrent un mois avant la mort par des attaques de mutité qui ne duraient que quelques minutes, et qui s'accompagnaient de la sensation d'engourdissement et de formication au côté droit de la face. Quinze jours après la première manifestation de ces attaques, il survint de la céphalalgie et un délire léger suivi de stupeur, qui se termina par la mort dans la quinzaine suivante. Chez un autre homme âgé de trente-deux ans, malade depuis cinq semaines, avec des accidents pulmonaires violents, le premier symptôme d'affection cérébrale fut une vision double sans aucune céphalalgie. Le malade se plaignait de dysurie, et son pouls était irrégulier.

» La maladie primitive ne doit point être proprement considérée, dans ces cas, comme la cause véritable de l'affection cérébrale. Elle n'indique qu'une disposition à une inflammation de nature chronique ou scrofuleuse; et dans les constitutions ainsi prédisposées, la maladie cérébrale peut être déterminée par des causes qui échappent à l'observation : c'est aussi de la sorte que la maladie inflammatoire du cerveau peut se développer d'une manière connexe avec une maladie d'un autre organe, spécialement chez les enfants d'une mauvaise santé. On a souvent, dans ces cas, trouvé le foie malade; et se fondant sur cette observation, on a souvent considéré, à tort, les maladies du foie comme une des causes de l'hydrocéphale. Nous pourrons en dire autant pour la présence des vers dans les intestins, et de diverses autres affections du tube digestif, qui accompagnent souvent l'hydrocéphale chez les enfants valétudinaires, et que l'on a considérées comme ayant, avec cette dernière affection, un rapport de causalité.

» Plusieurs des affections intestinales les plus aiguës semblent cependant mériter beaucoup d'attention, encore que leur connexion avec les maladies cérébrales soit très obscure. Dans quelques unes de ces phlegmasies, la connexion ne dépend peut-être d'autre chose que de l'état de stimulation fébrile générale de tout le système; mais, dans d'autres cas, elle semble résulter d'un rapport spécial.

» On trouve les exemples les plus remarquables de cette dernière connexion dans l'inflammation de la membrane muqueuse intestinale, qui survient chez les enfants de huit à douze mois. Cette affection se termine fréquemment par le coma, et le coma est souvent précédé par une diminution remarquable de la sécrétion urinaire. J'ai déjà dit que je conjecturais que le rapport de cette maladie intestinale avec l'inflammation cérébrale offrait de l'analogie avec celui que celle-ci présente avec l'ischurie rénale; mais peut-être ce rapport est-il également obscur pour l'une et pour l'autre espèce de maladie.

» A l'ouverture du corps des enfants morts d'hydrocéphale, nous avons souvent trouvé une intus-susception des intestins, qui existe ordinairement en plusieurs points. J'ai plusieurs fois constaté six ou sept de ces invaginations; une fois même j'en ai rencontré quatorze. Ces invaginations semblent, en général, tout à fait récentes; car les parties qu'elles affectent ne sont ni enflammées ni épanouies : dans les cas qui se sont offerts à mon observation, il n'existait point de constipation extraordinaire. Il est très probable que

cette affection est récente et accidentelle, ou peut-être dépend-elle d'une inversion ou d'un changement dans le mouvement péristaltique des intestins. L'affection urétrale peut en être la cause, de la même manière que nous voyons des vomissements survenir sous son influence. Dans quelques cas, néanmoins, l'intus-susception paraît exister depuis un temps plus long, et avoir précédé l'affection cérébrale. Une petite fille de six ans, dont a parlé le docteur Coindet dans son *Mémoire sur l'hydrocéphale*, fut prise de douleurs violentes dans l'abdomen, avec vomissements et constipation : des symptômes cérébraux se manifestèrent le cinquième jour, et elle mourut le douzième. On trouva un épanchement considérable dans le cerveau et une intus-susception fort étendue de l'iléon. Six à sept pouces de l'intestin compris dans cette invagination étaient enflammés et tuméfiés.

» Il est encore différentes autres causes qui peuvent produire les inflammations cérébrales : telles sont les affections morales, l'usage des liqueurs stimulantes, etc.; mais je n'entrerai dans aucun détail sur ces causes : je ne parlerai spécialement que d'une seule qui se présente fréquemment à l'observation, et qui détermine des phénomènes particuliers : c'est de l'exposition à l'ardeur du soleil qu'il est question. Il semble que, dans des cas de cette espèce, les membranes sont particulièrement affectées, et que, dans d'autres circonstances, c'est la substance du cerveau qui est le siége de la maladie. Cette cause produit quelquefois un état apoplectique qui devient fatal en peu d'heures; mais elle détermine plus fréquemment une maladie de nature inflammatoire qui prend parfois le caractère de la manie : d'autres fois des symptômes paralytiques surviennent dès le début de la maladie, et sont suivis de la manifestation du coma. C'est ordinairement dans les climats chauds que cette maladie s'observe; cependant elle se montre aussi ailleurs. » (Abercrombie, *loc. cit.*, p. 205.)

Traitement. — Les saignées locales et générales, suffisamment abondantes et convenablement répétées, sont, sans contredit, le moyen le plus efficace que l'on puisse employer contre l'encéphalite, et le seul peut-être sur l'utilité duquel tous les praticiens se trouvent d'accord. Mais on ne saurait trop le répéter, pour retirer soit de la saignée, soit de l'application des sangsues, tout le succès qu'on a droit d'en attendre, il ne faut pas en être avare. Il arrive souvent, en effet, qu'après une première évacuation sanguine, la maladie ne présente aucune amélioration sensible, tandis qu'une seconde, une troisième ou même une quatrième saignée, est suivie d'un soulagement considérable. Il est également certain qu'une émission sanguine trop peu abondante ne fait souvent qu'augmenter le mal, tandis que plus copieuse elle opère une détente considérable et une diminution soudaine des symptômes.

» Après les saignées, le moyen le plus héroïque que l'art puisse opposer à l'inflammation du cerveau, consiste dans les applications froides sur la tête. Il y a plusieurs manières d'appliquer le froid sur la tête; mais la plus simple et celle qui promet en même temps le plus d'avantages est la suivante : on prend une vessie que l'on remplit à demi de glace, et que l'on applique ensuite sur la tête. Lorsque la chaleur de cette partie est parvenue à fondre la glace en totalité, on ne doit pas tarder à retirer la vessie, pour la remplacer par une autre remplie de nouvelle glace, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'on ait obtenu l'effet désiré.

» Dans plusieurs cas, l'emploi combiné et sagement dirigé des saignées et de la glace dissipe comme par enchantement les symptômes les plus intenses de l'inflammation du cerveau.

» Les bains froids, les affusions également froides ont été mis en usage avec succès. Mais les premiers déterminent un refroidissement général qui favorise les congestions inflammatoires des viscères et spécialement des organes respiratoires. On doit en dire autant des affusions froides lorsqu'elles sont pratiquées suivant la méthode ordinaire. A la vérité on peut borner leur action réfrigérante à la tête seulement, en ayant la précaution d'envelopper le reste du corps d'une toile cirée : employées ainsi, les affusions froides produiront un effet très salutaire, et que l'on pourra rendre plus salutaire encore en

plongeant en même temps les pieds des malades dans l'eau chaude.

» Il est à peine nécessaire de dire que la diète absolue, l'usage des boissons rafraîchissantes, acidules, délayantes, l'emploi des lavements émollients, doivent seconder l'action des moyens précédents.

» Pour être moins directement utiles que les saignées et les applications froides, les révulsifs tant extérieurs qu'intérieurs, ne doivent pas être négligés. On sait que ces moyens sont : les sinapismes, les vésicatoires, les sétons, les moxas, les ventouses, les cautères, les laxatifs et les purgatifs. Avouons cependant que ces agents ne seraient pas toujours employés sans danger dans la période d'acuité de l'encéphalite et qu'ils conviennent spécialement lorsque la phlegmasie s'est en partie éteinte par l'administration de la méthode directement antiphlogistique, et qu'elle tend à passer à l'état chronique. Je dirai seulement, relativement aux ventouses, qu'appliquées sur les piqûres des sangsues, elles nous ont paru, dans plusieurs cas, produire les plus heureux résultats. De tous les révulsifs intérieurs, celui qui jouit de la plus grande célébrité, grâce à l'usage qu'en faisait Desault, est l'émétique en lavage. Trop de succès semblent déposer en sa faveur pour que nous n'en recommandions pas l'usage, bien qu'il ne mérite pas peut-être toute la confiance que quelques uns lui ont accordée.

» Que dirai-je de l'émétique donné dans l'intention de produire des vomissements? M. Ducros, et tout récemment M. Lallemand, en ont proscrit sévèrement l'usage. Le second de ces auteurs a eu soin de rassembler trop de faits attestant les dangers d'un semblable moyen pour que j'ose en prendre la défense.

» L'émétique, employé suivant la méthode de Rasori (méthode que Laennec semble avoir naturalisée en France), serait-il employé avec succès dans les cas d'inflammation du cerveau? Je l'ignore. Mais je doute que cette méthode puisse jamais être d'une efficacité égale à celle du traitement antiphlogistique proprement dit.

» Quelque rationnel, quelque énergique que soit le traitement d'une maladie, il échouerait presque constamment si le médecin ne s'appliquait, avant tout, à détruire les causes de cette maladie. Ainsi donc, dans le traitement de l'encéphalite, comme dans celui de toutes les autres inflammations, il faut commencer par combattre la cause, quand on est assez heureux pour parvenir à la bien connaître. Plusieurs inflammations traumatiques du cerveau guérissent aussitôt que l'on a enlevé la cause qui les avait déterminées et qui les entretenait.

» C'est ainsi, par exemple, que l'encéphalite produite par la présence d'un corps étranger dans la profondeur de la substance cérébrale, telle qu'une esquille de l'un des os du crâne, un fragment d'instrument tranchant ou piquant, etc.; c'est ainsi, dis-je, qu'une semblable encéphalite se guérit, pour ainsi dire, d'elle-même aussitôt que le corps étranger est arraché. C'est dans des cas de ce genre que l'opération du trépan peut être d'une utilité incontestable. » (Bouillaud, *loc. cit.*, p. 315.)

Avant de rapporter l'opinion de M. Gendrin sur quelques uns des moyens que M. Bouillaud proscrit d'une manière si absolue, nous allons d'abord faire connaître la manière dont M. Calmeil comprend le traitement de l'encéphalite.

« Le traitement de l'encéphalite locale diffère peu de celui qui convient à l'encéphalite diffuse. Cependant, aussitôt que l'on pourra soupçonner, par l'engourdissement d'une moitié du corps, par la contracture d'un membre, la prédominance et la continuité des accidents spasmodiques, que le siége de l'encéphalite, qui réside dans le lobe cérébral opposé, est à droite ou à gauche, il convient de diriger une médication très active de ce côté du crâne. Il nous semble que l'on ne doit pas hésiter en pareil cas, surtout s'il existe vers la peau une réaction considérable, si la phlegmasie est dans toute son acuité, si l'absence de la paralysie tend à faire croire qu'il ne s'est encore formé ni pus ni ramollissement, que l'on ne doit pas hésiter à raser le cuir chevelu qui recouvre l'hémisphère enflammé, et à recouvrir, à plusieurs reprises, la peau du crâne d'un nombre considérable de sangsues. Dans l'intervalle des applications de sangsues, l'on peut pratiquer sur la tête de nombreuses scarifications, et à l'aide de ventouses, plusieurs fois renouvelées, favoriser

l'écoulement du sang. Les ventouses, appliquées immédiatement après la chute des sangsues, produisent un dégorgement favorable à la résolution de la phlegmasie. Sans aucun doute, une application de glace pilée, et enfermée dans des vessies, pourvu qu'elle soit soutenue sans interruption, ne peut que ralentir la fluxion qui a lieu vers le point enflammé, et diminuer la congestion locale; mais nous n'augurons pas aussi favorablement de l'application des vésicatoires sur le cuir chevelu, que nous avons plusieurs fois vus conseillés; et n'est-il point à craindre, pour peu que l'inflammation soit superficielle, qu'une application aussi irritante ne tourne à l'avantage de son développement? Nous préférons le séton au vésicatoire, à moins que l'on ne place celui-ci à la nuque et que l'on n'en prescrive l'emploi qu'après plusieurs jours d'un traitement antiphlogistique parfaitement soutenu, et lorsque le malade présente, comme cela arrive assez souvent, un commencement de rémittence dans les accidents locaux et généraux. Le séton se place également à la nuque, et vers la même période de la maladie. Quelques praticiens recommandent l'emploi des cautères, qu'ils font beaucoup suppurer, et qu'ils établissent sur la tête même, aussitôt que la première réaction s'est ralentie. Lorsque la durée de l'encéphalite locale se prolonge, qu'il n'existe plus que des maux de tête, des accès convulsifs éloignés, il convient d'accorder de la nourriture au malade; seulement son régime doit toujours être ténu, réglé par le médecin; et ce dernier ne doit pas oublier un instant que si la forme de la maladie est moins effrayante, le désordre qui affecte le cerveau n'en est pas moins inquiétant, la crainte d'une rechute mortelle toujours imminente. » (Calmeil, *loc. cit.*, t. XI, p. 538.)

Voici maintenant comment s'exprime M. Gendrin sur quelques moyens qui ont été proposés, contre l'encéphalite, et que n'ont pas suffisamment indiqués les auteurs précédents.

» M. Abercrombie ne recommande l'application du *froid* dans les affections cérébrales, que sur une seule partie du corps. Ce moyen local est très souvent d'une grande utilité; cependant, on peut le rendre beaucoup plus actif, et, à certains égards, en obtenir des effets différents en opérant la soustraction du calorique sur toute la surface du corps.

» L'application du froid sur la tête n'est utile et ne peut être sans danger qu'après que l'on a calmé par des saignées la violence des accidents inflammatoires; car il est toujours à craindre que la réaction consécutive ne soit la cause d'une exacerbation qui annule les avantages que l'on se promettait de l'effet sédatif du médicament. Lorsque l'on agit sur toute la peau, la soustraction générale du calorique est bien plus difficilement suivie de réaction nuisible que la sédation locale, effet du froid appliqué à une seule partie. Ce serait cependant commettre une faute grave, que de ne pas tempérer d'abord, et préalablement, le système circulatoire par des déplétions sanguines. Quant à l'application générale du froid, le moyen de l'opérer consiste à faire passer sur toute la surface du corps de l'eau fraîche à une température d'autant plus basse que l'on veut soustraire une plus grande quantité de calorique. On mesure sur les forces du malade la température de l'eau et la durée de l'affusion : en portant trop loin la sédation, on amènerait un dangereux collapsus; en n'allant pas assez loin, on aurait une réaction trop forte, qui ajouterait à la maladie. Il vaut mieux cependant courir les risques de ce dernier inconvénient que de s'exposer à amener un collapsus trop grand et difficilement réparable, en prolongeant trop ou en portant trop loin la soustraction du calorique. Les affusions à 16 ou 18 degrés pendant cinq ou six minutes n'exposent point à cet inconvénient, et sont presque toujours suffisantes.

» L'eau à cette température, passant rapidement sur le corps, à la surface duquel on la fait ruisseler en grande quantité sans opérer aucune percussion, suffit pour enlever une grande masse de calorique. Il est cependant quelquefois utile, pour avoir un effet encore plus marqué, de diminuer la température de l'eau; mais il me paraît inutile de descendre au-dessous de 10 à 12 degrés.

» L'administration des *évacuants* du tube digestif dans les affections inflammatoires de l'encéphale est indiquée dans deux cas

différents. M. Abercrombie a suffisamment insisté sur la grande utilité de ce moyen employé comme dérivatif. C'est surtout dans le traitement des encéphalites des enfants qu'on en retire de grands avantages; il faut y recourir franchement, et ne pas craindre d'irriter vivement le tube digestif, dont l'irritabilité est si faible dans ces cas qu'il est très difficile de la mettre vivement en jeu par des drastiques violents, quand la maladie est arrivée à une certaine intensité.

» La deuxième circonstance dans laquelle les évacuants doivent être employés dans les encéphalites, et sur laquelle je dois insister, consiste dans la présence de l'état saburral; l'on n'obtient, dans ces cas, de soulagement direct et rapide de l'état morbide du cerveau, qu'en agissant sur les premières voies.

» Le *tartre stibié* à haute dose n'a point encore été généralement adopté dans le traitement des inflammations cérébrales. Les observations suivantes prouvent cependant qu'on peut recourir avec avantage à son administration, dont on tire tant de parti pour combattre les pneumonies et les rhumatismes articulaires aigus.

» L'application des dérivatifs autour de la tête, et surtout celle des vésicatoires, est employée par beaucoup de médecins dans les encéphalites avec une très grande timidité; quelques uns même les proscrivent. L'expérience m'a cependant souvent montré l'utilité de ces moyens, et je n'ai jamais vu qu'ils aient déterminé d'accidents sérieux; il est vrai que je me suis toujours imposé la loi de n'y recourir qu'après la période de développement de la maladie, lorsqu'elle se prolongeait et qu'elle tendait à se terminer par suppuration, le coma étant déjà imminent. J'ai fait connaître ailleurs les avantages que j'ai retirés de ces moyens dans les affections cérébrales, si graves et si rapidement mortelles, qui formaient une des terminaisons métastatiques du choléra épidémique de 1832.

» Je pourrais rapporter ici plusieurs faits qui prouvent l'utilité de cette médication dans les encéphalites sporadiques; je me contenterai d'en rapporter un seul cas, dans lequel j'ai joint à l'action dérivative du vésicatoire sur la tête l'action aussi énergique et souvent non moins utile du ptyalisme mercuriel, déterminé comme moyen de traitement de la phlegmasie encéphalique. » (Gendrin, notes à Abercrombie, p. 225 et suiv.)

ARTICLE VIII.

Ramollissement cérébral.

Quoique nous ayons décrit à part l'inflammation du cerveau et le ramollissement cérébral, nous n'avons en rien voulu préjuger la question de nature de ce dernier; mais quelque opinion que l'on adopte à cet égard, il n'en faudrait pas moins, selon nous, décrire séparément l'altération que l'on a spécialement désignée sous le nom de *ramollissement;* car cette altération, soit qu'elle constitue une maladie à part, soit qu'elle constitue seulement une terminaison particulière de l'inflammation cérébrale, n'en est pas moins une altération ayant une marche et une gravité spéciales, des caractères anatomiques insolites et spéciaux; et pour toutes ces raisons elle exige une description distincte.

On sait que l'histoire anatomique du ramollissement est de date toute récente; entrevu seulement par quelques médecins qui ont précédé l'époque actuelle, c'est M. Rostan qui fixa le premier son attention sur cette altération singulière, et qui en traça, en 1823, une description assez complète, mais à laquelle, néanmoins, il manquait encore bien des détails importants.

Caractères anatomiques. — Voici les caractères anatomiques que M. Rostan reconnaît au ramollissement.

« Le ramollissement varie selon le degré de consistance de la substance cérébrale, sa couleur, le siége, l'étendue et le nombre des altérations. Après avoir enlevé la boîte osseuse du crâne, avoir incisé la dure-mère, on rencontre les membranes sous-jacentes infiltrées de sérosité; cette sérosité, étant ordinairement contenue entre la pie-mère et l'arachnoïde, présente un aspect gélatineux, ce qui a induit en erreur la plupart des observateurs anciens, et même quelques modernes, qui ont pris cette infiltration pour de la véritable gélatine coagulée. Mais cette sérosité n'existe pas toujours, quoiqu'il soit rare qu'on ne l'observe pas. Dans ces cas fort rares, les

membranes sont sèches, sans changement manifeste de couleur; quelquefois elles sont rouges, injectées. Les observations détaillées que j'ai recueillies ou fait recueillir indiquent rarement qu'elles aient été trouvées couvertes de suppuration en même temps que le cerveau était ramolli. La chose peut néanmoins avoir lieu, comme il arrive de trouver la plèvre couverte de fausses membranes, lorsque le parenchyme pulmonaire est malade. On rencontre quelquefois des adhérences partielles de ces membranes avec la partie du cerveau ramollie, comme on l'a vu dans les observations citées.

» Le degré de consistance du cerveau est une qualité fort difficile à apprécier, du moins en apparence. Cependant, si l'on fait attention que la compacité naturelle de la substance cérébrale est généralement bien connue des personnes qui se livrent avec assiduité aux recherches anatomiques; qu'on connaît aussi l'influence que l'âge et les températures exercent sur cette substance; que les changements apportés par ces causes sont toujours généraux et n'altèrent pas la couleur de l'encéphale, on avouera qu'on pourra distinguer de ces modifications un ramollissement partiel plus ou moins étendu, unique ou multiple, avec un changement presque constant dans la couleur de la portion altérée ou de la portion la plus voisine.

» La consistance morbide du cerveau varie depuis celle de la bouillie la plus liquide jusqu'à une fermeté approchant de celle qui est naturelle à cet organe. L'état moyen entre ces deux extrêmes est le plus fréquent. Lorsque le ramollissement est peu considérable, il est très difficile à apprécier, à moins qu'il n'y ait en même temps changement dans sa couleur, ce qui arrive souvent.

» La couleur de la portion ramollie peut être jaune verdâtre, rosée, rouge, marron, lie de vin et d'un blanc mat; les nuances peuvent se rencontrer en plus ou moins grand nombre à la fois chez le même individu. La couleur jaune-verdâtre se trouve ordinairement dans les cas où le ramollissement est consécutif à une ancienne attaque d'apoplexie; c'est alors le centre du ramollissement qui offre cette couleur. La nuance rosée plus ou moins rouge se présente dans les cas où la maladie est primitive; c'est vers la circonférence, et surtout aux circonvolutions, qu'elle se montre préférablement. La couleur lie de vin n'est pas rare; elle donne au ramollissement l'aspect d'une tache scorbutique, d'une véritable ecchymose; ce doit être un effort hémorrhagique avorté. Je n'ai jamais vu cette dernière altération unique : elle est ordinairement multiple; on en verra un exemple dans les observations citées. La portion ramollie est souvent d'un blanc mat semblable à du lait; la blancheur de la substance médullaire semble être augmentée d'éclat; ce cas n'est pas rare. Telles sont les couleurs que j'ai le plus fréquemment observées; on conçoit que les nuances intermédiaires ou d'autres pourraient exister.

» Le ramollissement peut être superficiel ou profond. Les membranes étant enlevées, si la lésion est superficielle (ce qui arrive souvent, car si elle est profonde, elle se propage fréquemment jusqu'à l'extérieur), on trouve les circonvolutions déformées, comme boursouflées, dans un point circonscrit, ou dans la totalité d'un hémisphère, rarement dans les deux, mais toujours d'une manière plus ou moins inégale; d'autres fois le changement de consistance s'annonce par le changement de la couleur corticale: celle-ci, au lieu d'être d'un gris jaunâtre, est rosée dans quelques points, et presque toujours dans la moitié seulement de l'épaisseur de la substance corticale. Lorsqu'on touche ces parties, on les trouve manifestement plus molles que celles qui ont conservé leur figure et leur couleur primitives. Si on veut les couper avec un bistouri, les arêtes que forment les segments sont obtuses, arrondies, inégales, elles n'ont pas la vivacité, le poli de celles qu'on forme en coupant par tranches la substance saine; comparaison qu'on peut toujours faire sur le même cerveau, le ramollissement n'étant jamais général. Lorsqu'on passe le dos du scalpel ou le manche, ou un corps obtus quelconque, sur le lieu de l'altération, on enlève ordinairement une partie de cette substance, ce qui n'a pas lieu lorsque la consistance est naturelle. Cette lésion superficielle peut être d'un jaune verdâtre. Cette couleur se rencontre en même temps que

l'autre, et dans des endroits plus ramollis. Cette lésion suit les circonvolutions, s'enfonce avec elles dans leurs anfractuosités; elle peut ne pas se propager au-delà de la substance corticale ou de la superficie de la substance médullaire. Elle peut avoir en surface deux ou trois pouces de circonférence, c'est son étendue la plus commune; occuper la moitié d'un hémisphère ou même sa totalité.

» Mais l'altération est quelquefois située plus profondément, toutes les parties de ce viscère sont exposées à cette désorganisation, les corps striés, les couches optiques en sont le plus fréquemment affectés, après eux, la partie centrale des hémisphères (le lobule moyen) en est le plus communément le siége. Je ne l'ai pas vu souvent dans le septum médian, cependant j'en cite une observation. M. Abercrombie paraît l'avoir rencontré plusieurs fois dans cette partie. Enfin le cervelet et les prolongements cérébraux n'en sont pas exempts. Je n'ai jamais rencontré cette altération dans la moelle épinière; mais je suis persuadé que beaucoup de paraplégies prétendues nerveuses doivent leur existence à cette lésion.

» Depuis la publication de cet écrit, des recherches ont été faites par M. S. Pinel sur le ramollissement de la moelle de l'épine. Ce jeune médecin, rempli d'esprit et de moyens, a eu occasion d'observer plusieurs fois le genre de lésion dont nous annonçons ici la possibilité. Nous avons nous-même rencontré cette maladie, dont nous citerons plus tard un exemple.

» A ces diverses profondeurs, le ramollissement peut être plus ou moins étendu; il peut avoir le volume d'une fève de haricot (je ne crois pas qu'il soit facile de le reconnaître lorsqu'il est moins volumineux), ou envahir une grande partie d'un lobe du cerveau. Il est inutile de dire que le terme moyen est le plus ordinaire; au reste les limites du ramollissement sont loin de pouvoir être figurées d'une manière précise, le centre étant toujours plus ramolli que la circonférence, et celle-ci reprenant sa consistance naturelle d'une manière irrégulière, indéterminée et graduelle.

» Dans le plus grand nombre des cas, l'altération est unique; il est rare que les deux hémisphères soient malades; cependant cela se rencontre quelquefois; l'un l'est alors toujours plus que l'autre, et semble l'avoir été le premier. Le même hémisphère peut être ramolli à divers degrés dans plusieurs de ses points. Enfin, il arrive, comme nous l'avons déjà dit, qu'il contient une foule de véritables ecchymoses violettes, lie de vin ressemblant à des taches scorbutiques, lesquelles sont répandues à diverses profondeurs de la substance cérébrale. Le ramollissement peut être uni à l'épanchement sanguin; il lui forme, dans beaucoup de cas, une espèce d'enveloppe, et quelquefois il existe dans un endroit éloigné, ce qui n'est pas commun. Il accompagne aussi le cancer du cerveau et tous les dérangements organiques de ce viscère.

» Les ventricules renferment souvent une quantité notable de sérosité, ce qui a dû détourner fréquemment l'attention des observateurs, et leur faire prendre cette maladie pour une hydrocéphale ou une apoplexie séreuse.

» Les artères du cerveau sont ordinairement ossifiées lorsque cet organe est ramolli. » (Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 157.)

On a peu ajouté à cette description, depuis qu'elle est faite, sous le rapport de l'altération qui constitue *actuellement*, si l'on peut ainsi dire, le ramollissement. Mais cette altération reste-t-elle stationnaire lorsqu'elle dure longtemps? N'est-elle pas précédée d'autres altérations? Telles sont les questions que l'on a voulu résoudre par de nouvelles observations, pour la solution desquelles on a recueilli de nouveaux faits. Quant à la seconde de ces questions, elle sera examinée à propos de la nature du ramollissement. La première, au contraire, peut l'être immédiatement. M. Durand-Fardel a cherché à établir que le ramollissement, tel qu'il était décrit depuis M. Rostan, n'était qu'une phase d'une maladie qui en avait plusieurs; que des altérations qu'on avait décrites comme appartenant à d'anciennes apoplexies n'étaient que des conséquences, des terminaisons de ramollissements; parmi ces altérations, il place d'abord les *plaques jaunes* que l'on rencontre quelquefois dans le cerveau. Laissons d'ailleurs parler M. Durand-Fardel.

« Anatomiquement, j'ai observé et publié une série de faits dans lesquels on suit le passage des ramollissements infiltrés de sang ou simplement colorés en rouge, de la couche corticale des circonvolutions, à cet état de plaques jaunes, et j'ai montré comment plus tard ces mêmes plaques pouvaient devenir le siége de véritables ulcérations qui les remplaçaient exactement.

» Sous un autre point de vue, j'ai fait remarquer que ces plaques jaunes se rencontraient chez des individus qui n'avaient offert pour tous symptômes que du délire, ou ces phénomènes ataxiques du mouvement et de la sensibilité, qui sont des symptômes habituels du ramollissement, et qui n'ont jamais encore été observés comme phénomènes uniques de l'hémorrhagie cérébrale.

» Enfin, j'ajouterai que ces plaques jaunes ne peuvent appartenir à l'hémorrhagie cérébrale.

» Quelles sont les circonstances qui peuvent être de nature à faire rattacher une altération quelconque à l'hémorrhagie cérébrale? Des traces de déchirure de la pulpe nerveuse et de sang épanché.

» J'ai dit comment ces deux circonstances peuvent se rencontrer dans le ramollissement, sous l'apparence de pertes de substance, de formes variées et d'une coloration jaune qu'y laisse souvent pour vestiges du sang simplement infiltré au début. Mais j'ai dit aussi que si des traces de déchirure peuvent se montrer dans le ramollissement, leur existence est nécessairement constante dans l'hémorrhagie, où de leur côté tout vestige de sang épanché peut disparaître, comme nous en sommes assuré.

» Nous trouvons bien dans la couleur des plaques jaunes, des traces de la présence ancienne du sang au sein du tissu malade; mais non point les traces bien autrement importantes d'une ancienne déchirure, traces qui ne peuvent être, nous l'avons vu plus haut, qu'une cavité actuellement existante ou une cicatrice. Je sais bien que l'on donne assez généralement à ces plaques jaunes le nom de *cicatrices:* ce mot se rencontre en particulier fréquemment dans les écrits de M. le professeur Cruveilhier; mais il me paraît peu juste, et véritablement propre à induire en erreur. Dans quelle circonstance peut, en effet, se produire une cicatrice? Quand il y a eu plaie venant du dehors, ou s'il s'est fait une déchirure ou une perte de substance spontanée. Or, il n'y a rien de semblable dans le cas qui nous occupe. Ce mot de *cicatrice* ferait croire que les plaques jaunes succèdent à des ulcérations qui succèdent souvent à ces plaques jaunes. C'est là simplement une transformation du ramollissement des circonvolutions.

» Et d'ailleurs, comment ces plaques jaunes pourraient-elles tenir à une hémorrhagie? Elles sont limitées à l'épaisseur de la couche corticale des circonvolutions. Qui a vu des épanchements sanguins se creuser une cavité dans l'épaisseur de cette couche corticale? Je ne dis pas que ce soit impossible, je n'en sais rien; dans tous les cas, ce devrait être fort rare, et ces plaques sont fréquentes. Ensuite aucune cavité ou trace de cavité ne se trouve dans leur épaisseur ou autour d'elles.

» Parlera-t-on de ces hémorrhagies interstitielles des circonvolutions, de ce qu'on a appelé d'après M. Cruveilhier apoplexies capillaires, et que ce professeur a confondu avec tous les ramollissements? Mais il est clair que tout le mécanisme de la réparation de ces infiltrations sanguines ne peut avoir de rapport avec celui de la réparation des foyers hémorrhagiques qui se creusent dans la substance cérébrale, et que nous étudions dans ce mémoire. Nous n'avons donc pas à nous occuper s'il y a ou non infiltration sanguine, apoplexie capillaire, au début des plaques jaunes des circonvolutions; il nous suffit de savoir que ces plaques jaunes n'ont point de rapport avec les foyers hémorrhagiques. » (Durand-Fardel, *Archiv., gén. de méd.* mai 1844, p. 36.)

C'est encore au ramollissement que M. Durand-Fardel rapporte une lésion que nous avons incomplétement décrite à propos de l'hémorrhagie du cerveau, et dont nous allons terminer ici la description, nous voulons parler de l'*infiltration celluleuse*. Voici comment il s'exprime sur cette altération.

« Les faits qui m'ont conduit sur la voie de l'origine véritable de l'infiltration celluleuse sont des cas dans lesquels j'ai trouvé

sur un même cerveau cette infiltration celluleuse jointe à des ramollissements de différents degrés. Les faits de ce genre ont trop de valeur pour que je ne reproduise pas ici deux d'entre eux, déjà publiés, mais auxquels une place naturelle appartient dans cette discussion.

» Obs. 1. Une femme nommée Prêtre, âgée de soixante-dix-neuf ans, passa les trois derniers mois de sa vie à l'infirmerie de la Salpêtrière, affectée d'un délire chronique. Le principal caractère de ce délire était une loquacité continuelle avec insomnie opiniâtre et hallucination. Pendant cet espace de temps, il y eut un intervalle de calme, sinon de raison, qui permit de la renvoyer pour quelques jours dans son dortoir. Cette femme mourut dans le marasme le plus complet, la voix éteinte, sans avoir jamais offert aucun phénomène particulier du côté des membres ni du côté des sens (sauf des hallucinations).

» *Autopsie.* — On trouve une grande quantité de sérosité limpide dans les méninges : injection médiocre de la pie-mère, point d'altération des parois des vaisseaux.

» En retirant la pie-mère, on enlève la superficie de quelques circonvolutions de la convexité, surtout à gauche. Ces points sont rosés et très mous ; un filet d'eau les pénètre jusqu'au-delà de la substance corticale ; on y voit par places un peu de pointillé rouge fin et serré. A l'extrémité postérieure de l'hémisphère gauche, les circonvolutions sont réduites en une bouillie rosée à l'extérieur, lie de vin dans quelques points grisâtres à l'intérieur. La couche la plus superficielle, entraînée par la pie-mère, laisse à découvert une cavité profonde, creusée dans l'épaisseur du lobe cérébral, traversée par quelques brides celluleuses, et pénétrant jusqu'au ventricule.

» Les parois de cette cavité, d'un blanc grisâtre, sont inégales, comme feutrées, très molles jusqu'à une certaine profondeur, et contiennent un liquide trouble d'un blanc grisâtre, lait de chaux. Dans quelques unes des anfractuosités voisines, la substance corticale, dans une assez grande étendue, est transformée en un tissu jaunâtre peau de chamois, mollasse au toucher, et cependant douée d'une certaine consistance, recouverte par une membrane fine, assez dense, un peu jaune, vasculaire, adhérente, et qui la séparait de la pie-mère.

» Les circonvolutions de l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit sont réunies par des adhérences très denses, et qui crient presque sous le scalpel. Leur tissu est converti en une substance très molle, d'un rouge plus ou moins foncé, suivant les points. Au-dessous, la substance médullaire est molle dans une petite étendue, et infiltrée d'un peu de liquide lait de chaux. Au fond des anfractuosités voisines et jusqu'à une assez grande distance, on trouve une altération de la substance corticale semblable à celle que nous avons décrite dans l'autre hémisphère : tissu jaune, consistant, membraniforme, recouvert d'une couche celluleuse, très mince, vasculaire.

» Obs. 2. Une femme nommée Montalant, âgée de soixante-treize ans, avait toujours joui d'une bonne santé, sauf un flux hémorrhoïdal, lorsqu'elle fut prise, au mois d'octobre 1838, de paralysie des deux bras, avec céphalalgie frontale, embarras de la parole, engourdissement et fourmillement aux doigts. Un traitement antiphlogistique fut suivi du retour incomplet des mouvements. Le 2 février suivant, attaque nouvelle semblable avec augmentation de la paralysie. Le 27 mars, engourdissements et fourmillements dans les pieds. Pendant le cours du mois de juillet, elle tomba, à plusieurs reprises, dans un état d'assoupissement avec roideur des bras, et cris quand on cherchait à les étendre, et elle mourut le 3 août, après avoir passé trois jours dans un coma profond, avec résolution générale.

» *Autopsie.* — La pie-mère était infiltrée d'une assez grande quantité de sérosité. A la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère droit, on trouva un ramollissement s'étendant de la superficie du cerveau presque jusqu'au ventricule, un peu plus large qu'une pièce de 5 francs, et dont la circonférence, assez bien arrondie, était marquée à la surface des circonvolutions par cette altération jaunâtre et membraniforme, que nous désignons sous le nom de plaques jaunes. Au niveau du ramollissement lui-même, les circonvolutions avaient disparu, remplacées par une

substance pulpeuse, informe, d'un blanc un peu grisâtre, et dont la couche la plus superficielle se laissait entraîner par la pie-mère.

» Au-dessus de l'hémisphère gauche, les circonvolutions avaient conservé leur forme, mais elles présentaient des altérations variées. Quelques unes étaient tout à fait saines, d'autres un peu molles et rougeâtres dans toute l'épaisseur de la substance corticale. D'autres présentaient des plaques jaunes dans l'étendue d'une pièce de 5, de 10, de 20 sous. Ces plaques avaient une couleur jaune-chamois, et étaient nettement limitées sur leurs bords. Quand on les touchait avec la pointe d'un scalpel, elles se laissaient plisser comme une membrane; elles étaient généralement plus minces que la substance corticale elle-même. Au-dessous de chacune d'elles, la substance médullaire était plus ou moins ramollie, sans rougeur, dans une petite étendue; au-dessous de la plus large d'entre elles, dans une des circonvolutions de la partie moyenne de l'hémisphère, on trouva un espace de l'étendue d'une noisette, formé de tissu cellulaire infiltré de lait de chaux, composé de nombreux filaments très déliés, finement entrecroisés, blancs, semblant avoir été empruntés à un cocon de ver à soie.

» Si le diagnostic différentiel du ramollissement et de l'hémorrhagie cérébrale offre souvent les plus grandes difficultés, c'est lorsque le ramollissement affecte une marche analogue à celle de l'hémorrhagie, cette dernière présentant, de son côté, un ensemble de symptômes toujours à peu près semblable à lui-même. Mais quand le ramollissement suit une marche caractéristique, alors il devient tout à fait impossible de confondre avec lui l'hémorrhagie; ainsi, lorsqu'il s'accompagne seulement de délire, comme dans l'observation de Prêtre. Ici il ne peut y avoir le moindre doute, et la nature des symptômes, comme le rapprochement des lésions anatomiques, nous montre avec évidence que ces dernières sont toutes de la même nature.

» Dans l'observation de Montalant, on a rencontré, il est vrai, des phénomènes apoplectiques; mais ces phénomènes se sont montrés par attaques successives, rapprochées, semblables les unes aux autres; tout annonce qu'elles devaient toutes avoir une même origine. Que trouve-t-on à l'autopsie? Un ramollissement aigu (rouge) répondant aux accidents qui ont précédé la mort; un ramollissement pulpeux plus ancien, des plaques jaunes, une infiltration celluleuse, plus ancienne encore, répondant aux diverses attaques dont la succession avait conduit la malade à une dernière attaque mortelle.

» Je ne puis insister davantage ici sur les faits de ce genre que j'ai rapportés ailleurs en grand nombre et avec tous les détails nécessaires. J'ai montré comment il était possible de suivre pas à pas le passage du ramollissement aigu (rouge, injecté ou infiltré de sang), au ramollissement pulpeux, jaunâtre ou blanchâtre, sans rougeur enfin, premier degré du ramollissement chronique; comment se fait le passage de ce ramollissement pulpeux aux degrés ultérieurs du ramollissement chronique, les plaques jaunes pour la courbe corticale des circonvolutions, l'infiltration celluleuse pour la substance médullaire et la substance grise centrale; enfin, de ces dernières, à ces déperditions de substance, ulcérations, cavités, qui sont le dernier terme du ramollissement.

» Mais ce n'est pas tout. On a pu remarquer dans l'observation de Prêtre le passage suivant: « Au-dessous (de circonvolutions ramollies), la substance » médullaire était molle dans une petite » étendue, et infiltrée de liquide, lait de » chaux. » J'ai maintes fois rencontré ainsi ce liquide de lait de chaux au sein d'un tissu ramolli, blanchâtre ou grisâtre, encore pulpeux, ce qui constitue sans doute le premier degré de l'infiltration celluleuse elle-même. En outre, j'ai plusieurs fois remarqué qu'à l'entour de l'infiltration celluleuse la substance cérébrale ramollie pulpeuse se trouvait infiltrée elle-même de lait de chaux qu'on en exprimait par la pression.

» Il est donc possible de suivre par gradation la transformation du ramollissement pulpeux en infiltration celluleuse, et cela, non pas dans des faits rares, exceptionnels, mais dans des exemples nombreux, et que fournit à chaque instant l'étude des observations d'infiltration celluleuse.

» Si l'infiltration celluleuse appartenait à l'hémorrhagie cérébrale, on pourrait pareillement suivre le passage graduel des foyers hémorrhagiques à l'état d'infiltration celluleuse ; mais c'est là précisément ce qui est impossible.

» J'ai rapporté précédemment par ordre de dates, depuis les premiers temps de la maladie jusqu'à une époque presque illimitée, un certain nombre d'exemples de foyers hémorrhagiques en voie de résolution. Ces exemples sont à peu près les seuls qui existent dans la science. J'ai fait trop de recherches à ce sujet pour ne pouvoir pas en donner l'assurance. Eh bien, en est-il un seul qui présente la moindre tendance à une semblable transformation ? Non, certainement.

» On a vu, d'un autre côté, que les altérations que j'ai présentées comme consécutives à la résorption du sang épanché, offrent, au contraire, des liens de parenté nombreux et très faciles à saisir avec les foyers pleins de sang. Retirez par la pensée le sang qui remplit ces derniers, et vous avez les mêmes cavités, avec la même forme, la même membrane ; seulement le sang est remplacé par de la sérosité. De ces cavités, les unes sont larges, béantes ; les autres tendent déjà à se rapprocher. Lorsque le sang lui-même a disparu, dans un certain nombre de cas, il laisse des traces évidentes, soit dans quelque résidu oublié en quelque sorte par la résorption, soit dans la coloration de la membrane, du liquide. Ces traces manifestes, nous les trouvons dans les cavités séreuses larges, dans les cavités rapprochées, dans les cicatrices mêmes ; puis nous les voyons disparaître graduellement, et cette disparition graduelle nous amène à comprendre et à connaître les cas où a disparu tout vestige de sang épanché.

» C'est par une semblable étude qu'on peut arriver à déterminer l'origine et les transformations d'une altération donnée. C'est une semblable étude qui conduit de l'infiltration celluleuse au ramollissement, sans que, par aucun chemin, elle nous mène à l'hémorrhagie.

» Ainsi, encore une fois, que l'on essaie de descendre de l'hémorrhagie à l'infiltration celluleuse, ou de remonter de cette manière à l'hémorrhagie, mêmes résultats négatifs, et ces résultats ne sont ni incomplets ni prématurés ; car nous avons actuellement assez de faits devant les yeux pour être assurés de ne pas nous tromper.

» Il n'en faut pas davantage, il me semble, pour juger cette question, et pour établir la proposition suivante : L'infiltration celluleuse n'appartient à aucune période de l'hémorrhagie cérébrale ; comme j'avais établi précédemment, dans mes recherches sur le ramollissement, cette autre proposition : L'infiltration celluleuse appartient à une des périodes du ramollissement.

» J'ai hâte de mettre fin à une si longue discussion ; je prie cependant le lecteur de vouloir accorder encore un peu d'attention à quelques points d'une importance secondaire, mais cependant non à négliger.

» Si les foyers hémorrhagiques ne nous présentent aucune trace d'infiltration celluleuse commençante, d'un autre côté l'infiltration celluleuse n'offre pas davantage de traces d'hémorrhagie, point de dépôt de fibrine, point de liquide rougeâtre, jamais cette couleur ocre que laissent si souvent les épanchements de sang. Le lait de chaux a toujours le même aspect caractéristique ; le tissu cellulaire, les parois, sont à peu près toujours grisâtres ou blanchâtres, quelquefois légèrement jaunâtres. Les cas où les parois de l'infiltration celluleuse ont une couleur plus foncée doivent être fort rares ; je n'en ai pas rencontré d'exemples. M. Rochoux en a cependant observé ayant leurs parois de couleur acajou ; il ne dit pas si le tissu cellulaire avait la même teinte : cela n'a, du reste, rien d'extraordinaire. J'ai démontré la part considérable que l'infiltration sanguine prend au premier développement du ramollissement cérébral. Cette infiltration sanguine laisse souvent pour trace une coloration jaune du ramollissement ; c'est elle qui imprime leur couleur aux plaques jaunes des circonvolutions. Elle est beaucoup plus commune et plus prononcée dans les corps striés, plus vasculaire que dans la substance blanche ; c'est là aussi que M. Rochoux a trouvé des parois couleur acajou à l'infiltration celluleuse. J'insiste seulement sur l'extrême rareté d'une telle circonstance que je n'ai jamais rencontrée.

» Si l'infiltration celluleuse était la suite de l'hémorrhagie cérébrale, d'où viendrait ce tissu cellulaire? Du sang épanché? Je crois au moins que c'est ainsi que s'interprête généralement cette circonstance; mais je demanderai encore que l'on veuille bien revenir sur tous les exemples de transformation du sang épanché que contient le commencement de ce mémoire. Y a-t-il un seul cas où ce sang paraisse disposé à se transformer en tissu cellulaire? Bien plus, y en a-t-il un seul qui nous offre quelques indices d'un travail d'organisation dans le caillot? On ne confondra pas maintenant les adhérences courtes et isolées que présentent quelquefois les cavités à parois rapprochées avec le tissu cellulaire de l'infiltration celluleuse. La réunion de ces observations ne réduit-elle pas à néant tout ce qui a pu se dire ou se penser touchant l'organisation du sang épanché dans le cerveau? Non, le sang épanché dans la substance cérébrale ne subit aucun travail d'organisation; il est résorbé, ou, s'il demeure, il s'enkyste et s'isole comme un corps étranger.

» J'ai insisté, dans mon *Traité du ramollissement*, sur cette circonstance, que beaucoup d'infiltrations celluleuses n'ayant d'autres limites que la pie-mère ou la membrane ventriculaire, on concevait difficilement que des épanchements sanguins formés tout à coup pussent se laisser arrêter par de tels obstacles sans les rompre. L'intégrité de la membrane ventriculaire ou de la pie-mère, l'absence de traces d'épanchement au-delà de ces membranes, le fait même de la durée et de la transformation de la lésion anatomique, dans de telles circonstances, me paraissent exclure l'idée d'une hémorrhagie. J'ai été un peu trop exclusif à ce sujet; j'ai reconnu depuis que quelques hémorrhagies peu considérables des corps striés ou des couches optiques pouvaient, dans un point circonscrit, n'avoir d'autre limite que la membrane du ventricule latéral. Mais cependant je maintiens la valeur de cette remarque pour la généralité des faits. » (Durand-Fardel, *Archiv. génér. de méd.*, mai 1844, p. 36.)

Les explications de M. Durand n'ont point été adoptées unanimement jusqu'à présent; voici les arguments que M. Rochoux leur oppose. Ces arguments s'appliquent à la fois à l'opinion de M. Durand sur les infiltrations celluleuses et sur les cicatrices que nous avons décrites comme suite de l'apoplexie, et que M. Durand considère, au contraire, comme appartenant le plus souvent au ramollissement.

« M. Durand, dit M. Rochoux, n'admet comme telles (c'est-à-dire comme cicatrices appartenant à l'apoplexie) que des kystes plus ou moins complets. Il ne veut pas que les anciens foyers hémorrhagiques soient habituellement réunis par des liens cellulo-vasculaires plus ou moins infiltrés de sérosité presque toujours limpide et claire, rarement trouble ou laiteuse. Cette espèce de cicatrisation, qu'il appelle assez improprement infiltration celluleuse, lui semble le reste et la preuve d'un ramollissement. Bien plus, il rapporte à la même origine ces vastes cicatrices celluleuses ocrées, dans lesquelles l'infiltration d'un liquide quelquefois gélatineux remplace le tiers ou le quart d'un hémisphère du cerveau entièrement disparu. Il lui semble absurde de voir là les résultats de l'absorption de caillots sanguins; il ne sent pas qu'il est bien plus absurde encore d'attribuer au ramollissement, généralement regardé comme incurable, des délabrements dont la réparation imparfaite est à peine explicable par la curabilité habituelle bien constatée de l'apoplexie.

» Mais si l'on ne pouvait revendiquer pour l'apoplexie que les cicatrices en forme de kyste, il faudrait, vu le nombre douze ou quinze fois plus grand de toutes les autres, admettre que le ramollissement inflammatoire est beaucoup plus fréquent, et guérit bien plus souvent que l'hémorrhagie cérébrale. Une telle conclusion, loin d'être un triomphe pour M. Durand, lui deviendrait un véritable embarras auquel je ne dois pas l'exposer. Je vais donc m'attacher à combattre, par un simple énoncé des faits, la supposition toute gratuite d'après laquelle il établit que, à l'exception des cicatrices d'une seule pièce, lisses ou tout au plus accolées par de rares filaments, toutes les autres appartiennent au ramollissement.

» Si mon très estimable confrère veut consulter ses souvenirs, ils lui diront que, même dans les immenses déchirures de

l'encéphale, qui sont le propre de l'apoplexie presque toujours mortelle des vieillards, on rencontre très rarement des cavernes véritablement uniloculaires. Au lieu de cela, on trouve presque toujours, à des distances plus ou moins rapprochées du foyer principal, d'autres foyers plus petits qui souvent communiquent avec lui et entre eux par la perforation ou la rupture d'espèces de cloisons formées au milieu de la substance cérébrale environnante. Si les vastes apoplexies présentent fréquemment cette espèce de cloisonnement des foyers, il devra être bien plus ordinaire encore dans les hémorrhagies moyennes ou petites, qui, étant de beaucoup les plus fréquentes chez les adultes, offrent de nombreux exemples de guérison. Nous pouvons par conséquent établir comme un fait incontestable la rareté comparative très grande des hémorrhagies uniloculaires. Voilà pourquoi, à l'ouverture des sujets morts longtemps après leur attaque, on voit plus souvent des cicatrices cellulo-vasculaires imparfaitement cloisonnées que de véritables kystes. En un mot, voilà d'où vient et comment se produit la fameuse infiltration celluleuse.

» La forme de cicatrice que M. Durand regarde comme propre au ramollissement, et inexplicable par l'apoplexie, appartient donc bien réellement à cette dernière affection. Ajoutons que, suivant ce médecin, l'existence d'une teinte légèrement ocrée, couleur chamois ou rouille pâle, indique la présence antérieure du sang, et nous pourrons assurer, sans crainte d'être contredit par les faits, que les cicatrices de ces diverses nuances, quelle qu'en soit la forme, et à plus forte raison celle dont la coloration plus foncée va quelquefois jusqu'au brun noirâtre, appartiennent toutes à l'apoplexie.

» C'est en termes encore plus brefs que je m'étais contenté de répondre aux assertions de Georget, prétendant que j'avais pris et donné huit cas d'encéphalite pour autant d'exemples d'apoplexie. Mais M. Durand, voulant porter jusqu'à onze le nombre de mes méprises, a droit à une réponse plus détaillée. Je la commence en faisant remarquer qu'il dit, au sujet de ces observations : « Dans trois d'entre elles le sang existait encore en nature dans le foyer. » Ainsi voilà déjà les onze méprises réduites à huit. Deux pages plus loin, l'auteur reconnaît qu'une de ces huit observations peut être légitimement rapportée à une ancienne hémorrhagie. Enfin, il dit encore d'une autre qu'elle présentait tous les caractères d'un véritable foyer hémorrhagique ancien. Reste donc seulement six observations à défendre.

» A cet effet, il me suffira, après avoir dit que cinq d'entre elles sont bien réellement des apoplexies, de corroborer mon assertion par l'extrait de l'une d'elles, prise au hasard, comme spécimen des autres, et où l'état de l'encéphale se trouve décrit comme il suit : « Le corps strié gauche offrait, à la réunion de son tiers antérieur avec ses deux autres tiers, au dedans du ventricule, un sillon transversal de 8 millimètres de profondeur, de 18 ou 20 de largeur, dont le fond était d'un jaune pâle. La partie du corps strié qui se trouvait en avant du sillon était beaucoup plus petite que la partie correspondante du corps strié opposé. Une incision pratiquée sur le sillon dont j'ai parlé conduisit dans une espèce de caverne irrégulièrement allongée, de 30 millimètres de longueur, de 15 de largeur, qui occupait le tiers moyen et une portion du tiers antérieur du corps strié, à 10 ou 12 millimètres de distance de sa partie interne et saillante dans le ventricule. Cette caverne était traversée par un grand nombre de liens cellulo-vasculaires qui contenaient, dans les mailles formées par leur entrecroisement, quelques gouttes de sérosité jaunâtre. Cicatrisées de la sorte, ces parois offraient une couleur d'acajou pâle, dans l'épaisseur de 8 à 10 millimètres, et là la substance cérébrale avait une grande densité ; plus en dehors, elle reprenait son organisation ordinaire. Évidemment c'est bien là une cicatrice d'apoplexie ou il n'y en a jamais eu.

» Quant à la sixième et dernière observation, comme par le passé, elle me semble toujours mériter son titre d'épanchement de sérosité consécutif à une apoplexie. » (Rochoux, *Du ramollissement cérébral et de sa curabilité*, *Arch. génér. de méd.*, novembre, 1844, p. 279.)

Plusieurs des détails renfermés dans la description précédente ont besoin ou d'être

complétés ou surtout discutés pour en établir la véritable signification; mais cette discussion et ce complément trouveront mieux leur place au paragraphe que nous consacrerons à la question de la *nature du ramollissement*.

Symptômes.—On peut, selon M. Rostan, distinguer deux périodes bien tranchées dans le ramollissement cérébral.

Première période. — « La première période n'offre que des phénomènes vagues qui surviennent dans une foule d'affections, qui échappent à l'attention du médecin, qui, par eux-mêmes, n'ont presque aucune valeur, mais qui deviennent de la plus haute importance et servent beaucoup à caractériser la maladie, lorsque celle-ci s'est manifestée par les symptômes de la seconde période. Ils sont même d'une telle importance, que lorsqu'ils n'ont pas existé ou qu'ils n'ont pas été observés, le diagnostic est infiniment obscur. Il n'existe souvent qu'un ou deux de ces phénomènes, et ils suffisent ordinairement pour faire connaître quelle est l'espèce de lésion cérébrale lorsque les symptômes de la seconde période viennent à se montrer. Voici ces phénomènes précurseurs. Le malade qui doit être frappé de ramollissement du cerveau est quelquefois en proie à une douleur de tête fixe, intolérable. Cette douleur résiste ordinairement à tous les moyens qu'on emploie pour la calmer; elle persiste pendant un temps plus ou moins long, plusieurs jours ou même quelques mois. Cette douleur de tête n'existe pas toujours; mais lorsque le malade l'a éprouvée, et que le médecin vient à l'apprendre, il doit redouter le ramollissement cérébral. Des vertiges rendent la marche du malade vacillante. Les facultés de l'intelligence, qui, comme l'a si profondément démontré M. de Tracy, si faiblement combattu par le docteur Spurzheim, peuvent se réduire à la faculté unique de sentir, deviennent plus obtuses; les perceptions sont lentes, le jugement pénible, la mémoire faible et infidèle; l'imagination nulle, les idées confuses; les réponses sont cependant justes, mais elles ne sont émises qu'avec une certaine lenteur après une assez longue réflexion. La langue peut être embarrassée; d'autres fois le malade s'exprime avec brièveté; son humeur change; il devient morne, taciturne, plaintif, quelquefois indifférent. Il a souvent de la tendance au sommeil; il ne déraisonne pas, mais les personnes qui l'entendent s'aperçoivent que son intelligence n'est plus dans son état naturel; elles disent ordinairement qu'il a la tête un peu dérangée. Indépendamment de ces symptômes, on observe des fourmillements, des engourdissements dans l'un des membres, ordinairement vers les doigts, de la difficulté à saisir les objets ou bien de la roideur poussée assez souvent jusqu'à une certaine contracture. La sensibilité du membre malade n'est pas toujours diminuée en rapport de la contractilité; il arrive parfois qu'elle est augmentée au point que le moindre attouchement arrache des cris à la personne affectée; ces douleurs ne peuvent être confondues avec celles du rhumatisme; elles sont toujours exemptes de rougeur, de chaleur et de tuméfaction, phénomènes qui accompagnent cette dernière maladie lorsqu'elle est aiguë. Les facultés intellectuelles ne sont pas toujours diminuées; il arrive qu'elles sont perverties et augmentées. Le malade éprouve quelquefois du délire, une agitation extrême, avec des symptômes fébriles; enfin l'aliénation mentale, la démence sénile, précèdent souvent le ramollissement du cerveau, ainsi que nous l'avons vu fréquemment, et qu'il est démontré par les observations de Georget.

» J'ai rarement observé la difficulté de supporter une vive lumière, ainsi que le strabisme, précédant la lésion dont nous parlons; mais la diminution de la vue (le malade se plaint d'avoir la vue trouble), sa perversion ou même la cécité complète, sont des phénomènes précurseurs assez fréquents.

» Il existe souvent des tintements d'oreilles; le moindre bruit est parfois insupportable; mais plus fréquemment la finesse de l'ouïe est diminuée.

» L'odorat et le goût, qui doivent aussi présenter quelques altérations, en offrent souvent d'assez sensibles pour que le malade s'en plaigne. Au reste, dans la période dont nous parlons, la plupart des phénomènes que nous venons de décrire sont si légers, que rarement les malades réclament pour eux les secours de l'art, et

que souvent ils ne les accusent même pas aux personnes qui les entourent. On ne parvient à les connaître quelquefois que lorsque, dans la deuxième période, le malade conserve assez de raison pour rendre compte de ce qu'il éprouvait auparavant. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, tous les symptômes sont loin d'exister à la fois chez le même individu, comme on pourra le voir par les observations que nous citons. On nous objectera que tous les phénomènes que nous venons d'énumérer sont aussi les phénomènes précurseurs de l'apoplexie. On verra à l'article du diagnostic la distinction qu'il convient d'établir et l'appréciation de chacun de ces symptômes.

» Telles sont les altérations que j'ai observées dans les organes des sens et de l'intelligence, de la contractilité et de la sensibilité animales (la vie de relation) pendant cette première période de la maladie. J'ai dû m'y arrêter et fixer sur elles l'attention du lecteur, parce qu'elles sont d'une très haute importance pour le diagnostic. Malheureusement lorsqu'on est appelé pour soigner un individu attaqué de ramollissement cérébral, il est presque toujours hors d'état de donner les renseignements propres à éclairer le diagnostic, et les personnes qui l'entourent ne peuvent suppléer à son silence pour les raisons énoncées plus haut.

» Les fonctions organiques présentent souvent aussi des dérangements durant cette période. L'appétit est diminué, la soif plus vive, la digestion est difficile, la bouche est pâteuse, la langue blanche; il existe des nausées et même des vomissements très abondants de matières bilieuses, vertes, porracées; l'épigastre est sensible à la pression, ainsi que le reste de l'abdomen; le dévoiement se manifeste dans quelques cas, la constipation ou plutôt la paresse du rectum est plus fréquente. Il est rare que dans cette période la défécation soit involontaire; il n'en est pas de même de l'émission des urines, que le malade a, la plupart du temps, de la peine à retenir; l'abondance de cette évacuation est cependant moindre que de coutume. Il est assez rare que la respiration soit altérée; cependant le malade se plaint quelquefois d'étouffer, d'avoir la respiration gênée; elle est plus souvent ralentie qu'accélérée, quoique sa gêne se manifeste ordinairement par sa vitesse. Le pouls est très variable, rarement sa fréquence augmente-t-elle; il est parfois développé; dans certains cas, plus rare et plus lent que dans l'état naturel. Les symptômes que peuvent présenter les autres fonctions, telles que l'absorption et l'exhalation, les sécrétions et les excrétions, et la nutrition, n'ont rien de constant ni de bien digne de remarque. Il n'est pas rare que quelque phlegmasie intense, thoracique ou abdominale précède le ramollissement cérébral. J'ai vu quelquefois une diathèse générale inflammatoire précéder cette maladie. Tous les viscères étaient enflammés; les poumons étaient hépatisés, les plèvres couvertes de fausses membranes; le tube digestif phlogosé dans toute son étendue, etc.: ces derniers exemples sont rares; il est plus commun de voir les symptômes de la deuxième période se montrer chez un individu qui a été atteint seulement d'une violente entérite, ou d'une péripneumonie intense. Je rapporte quelques faits de cette dernière espèce; mais j'ai été témoin d'un exemple du premier genre, assez singulier par les circonstances dont il est accompagné pour en donner aussi le sommaire.

» Au reste, les phénomènes que présentent les organes ou les fonctions qui président à la vie individuelle sont bien moins importants que ceux de la vie animale, et méritent bien moins de fixer l'attention du médecin.

» *Deuxième période.*—Cependant, après avoir présenté quelques uns des signes dont nous venons de parler, l'individu affecté du ramollissement cérébral perd tout à coup ou graduellement et d'une manière plus ou moins rapide, l'usage de quelques uns de ses membres, quelquefois d'une moitié du corps. S'il est debout, il tombe. Il arrive même, lorsqu'il est couché, qu'il tombe de son lit dans sa ruelle. La plupart du temps il ne perd nullement connaissance, il conserve son intelligence; mais il a une peine infinie à répondre aux questions qu'on lui adresse : ce n'est que par des mouvements automatiques qu'il fait entendre qu'il conçoit. Il est des cas où l'état

comateux est parfait, mais ces cas ne sont pas ordinaires. Lorsque l'état comateux est survenu tout à coup, ainsi que la paralysie, le malade reprend communément connaissance le lendemain de l'accident, et le médecin peu expérimenté ne manque pas de se féliciter du prétendu succès de son traitement; mais bientôt de nouveaux accidents reviennent dissiper cet espoir illusoire, les symptômes s'aggravent de nouveau, l'intelligence et les fonctions des sens s'abolissent entièrement, le malade tombe dans un coma parfait, les membres deviennent immobiles, et il succombe au bout de quelques jours, ordinairement du quatrième au quinzième jour, présentant, dans le plus grand nombre des cas, les symptômes de la fièvre adynamique.

» Durant le cours de la maladie, l'état des membres n'est pas le même chez tous les individus. Le plus fréquent est, sans contredit, celui de la diminution ou de l'abolition de la contractilité; le membre est plus ou moins paralysé; il peut être dans une résolution parfaite. Le malade éprouve fréquemment dans le membre affecté des engourdissements, une grande pesanteur, des fourmillements, des picotements, enfin des élancements et des douleurs intolérables, augmentant surtout lorsqu'on touche ce membre. Il n'est pas très rare d'observer une grande roideur, une contracture invincible du côté malade. L'avant-bras est fléchi sur le bras, le poignet sur l'avant-bras; on éprouve beaucoup de peine à ramener le membre à sa position naturelle, et ce n'est que pour un moment. Un état des membres beaucoup moins fréquent, c'est l'état convulsif; il est peu commun de rencontrer les malades qui éprouvent des convulsions générales ou partielles; néanmoins, je les ai observées dans quelques cas, comme on le verra par les faits que je rapporte.

» La face peut être pâle ou fortement injectée, selon quelques circonstances dont nous parlerons; la douleur de tête qui existait avant la manifestation des symptômes de la deuxième période augmente d'intensité; elle survient même lorsque le malade ne l'éprouvait pas précédemment. Si on lui demande quel est l'endroit où il souffre, après la première, mais souvent après la deuxième ou la troisième question, il porte la main restée libre sur une région de la tête. Il est remarquable que c'est presque toujours précisément sur le siége du mal et du côté opposé à la paralysie. Lorsque le malade est dans le délire, ce délire persiste après la manifestation de la paralysie, mais il est plus taciturne.

» Cependant le délire n'est pas un symptôme commun; dans le plus grand nombre des cas, il existe de la stupeur, une diminution plus ou moins considérable de l'intelligence, un état comateux plus ou moins profond. Si l'encéphale est dans cet état, les sens le partagent ordinairement; ils deviennent beaucoup moins sensibles à leurs excitants naturels, et cessent tout à fait de l'être vers les derniers moments de la maladie. La vue reste cependant quelquefois sensible à la lumière, les pupilles se resserrent à l'approche d'une bougie; il arrive aussi que l'une de ces deux ouvertures est plus dilatée que l'autre, et qu'elle est même tout à fait immobile. Les yeux sont souvent fixes, dirigés en haut, la tête étant ordinairement portée en arrière. L'ouïe devient généralement dure; je ne crois pas l'avoir vue devenir plus fine, non plus que la vue, dans cette seconde période. Quant au goût et à l'odorat, les stimulants que nous avons fait diriger sur eux ont presque toujours donné la certitude de la diminution de leur sensibilité. La bouche est rarement contournée à cette époque, mais plus tard elle se dévie; le tout doit suivre les mêmes altérations; il est difficile de s'en assurer d'une manière positive; le malade est souvent affecté de carphologie; il cherche à rapprocher ses couvertures; il semble ramasser des corps légers répandus sur sa couche et manifestement sans motifs.

» La soif est ordinairement augmentée, l'appétit nul; les lèvres et les dents sont sèches, la langue est rugueuse, fendillée, gercée, rouge d'abord, bientôt brunâtre, et même noirâtre. La déglutition est souvent pénible, presque impossible: le malade fait des efforts considérables pour avaler; il éprouve quelquefois des convulsions pendant cet acte. On observe, dans certains cas, des vomissements abondants d'aliments d'abord, puis de bile; les personnes qui entourent le malade disent qu'il

a éprouvé une indigestion. Le ventre donne quelquefois des signes d'une très vive sensibilité ; parfois il y a déjections involontaires des matières alvines, mais plus fréquemment constipation.

» Les urines s'échappent plus souvent à l'insu du malade, ainsi que nous l'avons noté pour la première période, la respiration est gênée dans la plupart des cas. Le pouls est, dans quelques circonstances, plus fréquent et plus fort que de coutume. » (Rostan, *Traité du ramollissement*, p. 12.)

Depuis qu'il a écrit ces lignes, M. Rostan a fait de nombreuses leçons sur le ramollissement, et il n'a que très peu modifié sa manière de voir; il sera curieux de voir comment, dans une de ses leçons les plus récentes, ce savant professeur a exposé la symptomatologie du ramollissement; on y verra, en particulier, que l'auteur conserve sa division en deux périodes.

« *Motilité.* — Le premier des phénomènes que fournisse la motilité à la symptomatologie, c'est la paralysie. C'est aussi le plus constant. Cependant, nous ne voulons pas dire que toujours le ramollissement soit accompagné de paralysie, et nous devons tout d'abord vous mettre l'exception en face de la règle, afin que l'on ne nous accuse pas, comme on l'a déjà fait, de partir d'un point de vue exclusif. Dans les livres que j'ai publiés sur le sujet qui nous occupe, nous avons rappelé tous les faits exceptionnels dont on se fait maintenant une arme contre nous ; mais on ne nous tient aucun compte des détails dans lesquels nous sommes entré. Nous croyons de notre devoir de vous signaler toutes ces objections à mesure qu'elles se présenteront, et de vous faire remarquer avec combien peu de loyauté l'on s'est conduit à notre égard.

» Il y a donc des cas de ramollissement cérébral où il n'existe pas de paralysie; mais ce ne sont que des cas exceptionnels. Or, veut-on savoir ce qui arrive souvent dans la science? Dans les ouvrages spéciaux on pose d'abord la règle, puis on s'attache à recueillir les faits exceptionnels avec beaucoup plus de soin que les faits normaux, par simple curiosité. Au bout d'un certain temps, si l'on veut appliquer les calculs de la statistique aux faits publiés dans ces ouvrages, on s'aperçoit que les faits exceptionnels sont devenus, par le soin même qu'on mettait à les recueillir, beaucoup plus nombreux que les faits normaux.

» Le plus souvent il y a paralysie dans les cas de ramollissement cérébral. Dans la première période, l'altération du cerveau n'étant pas très profonde, la paralysie n'a pas encore lieu. Mais dans les périodes suivantes, c'est, comme nous l'avons dit plus haut, le premier et le plus constant des phénomènes. La paralysie présente, relativement à son siége et à son étendue, les mêmes variétés que les autres symptômes. Elle peut être générale ou locale. Nous ne parlons pas de sa marche, point très important et sur lequel nous reviendrons. La paralysie est générale lorsque le ramollissement est très étendu; lorsque l'altération pathologique occupe tout le cerveau, il va sans dire que la paralysie est générale. Elle l'est encore lorsque le cerveau est ramolli dans une grande étendue, sans l'être dans la totalité. Lorsqu'un hémisphère est augmenté de volume, c'est à la compression de l'hémisphère opposé par le premier qu'elle est due. Dans d'autres circonstances il y a suffusion séreuse, et les mêmes résultats sont produits par des causes différentes. Quelquefois c'est une polyhémie cérébrale qui détermine la paralysie générale, et alors quelques saignées suffisent pour déterminer la déplétion sanguine et dissiper la paralysie.

» La paralysie est encore générale lorsque le ramollissement est central, ou s'il s'est fait dans le bulbe rachidien, elle est plus ordinairement locale, affectant un ou deux membres seulement. Dans ce cas on la distingue en hémiplégie ou en paralysie bornée à un bras ou à une jambe. Le bras, dans ces derniers cas, semble être plus fréquemment paralysé que la jambe. Lorsqu'il y a hémiplégie, le bras est souvent plus complétement paralysé que la jambe. On trouve assez rarement la jambe paralysée seule. Cependant, nous avons maintenant dans nos salles un exemple curieux de cette espèce.

» La paralysie peut occuper tous les autres siéges dont nous avons parlé précédemment. Ainsi, non seulement les membres, mais les paupières, l'iris, les

joues, etc. La paupière ou la joue paralysée est pendante. Lorsque la paralysie occupe la moitié de la face, la commissure des lèvres est entraînée du côté sain. Il en est de même pour la langue, le larynx, le pharynx; les exemples de paralysie du rectum et de la vessie sont également des plus fréquents. On voit, d'après ce que nous venons de dire, que relativement à ce phénomène, à son siége, à son étendue, il présente un grand nombre de particularités.

» Les mouvements ne présentent pas seulement des altérations consistant en leur diminution ou leur abolition. On observe des mouvements convulsifs et épileptiformes. Ceci arrive quelquefois dans les cas de congestion, mais plus rarement. Vous trouverez dans les mémoires de Louis, sur les *fongus* de la dure-mère, l'observation d'un jeune homme qui portait une tumeur fongueuse de la dure-mère, et qui présentait des attaques convulsives de ce genre. Cependant, nous devons dire que ces perversions des mouvements sont plus communes dans les cas de ramollissement que dans ceux relatifs à d'autres affections cérébrales. Cela tient peut être, du reste, à la fréquence du ramollissement.

» Un signe important et sur lequel nous devons nous arrêter un peu longuement, c'est la contracture; phénomène qui a été donné par un auteur comme pathognomonique du ramollissement. Mais cet auteur attribuait la contracture à l'hypersthénie, dans la croyance où il était que le ramollissement était toujours inflammatoire. Nous ne partageons pas cette opinion. La contracture n'arrive pas seulement dans le ramollissement. On l'observe encore dans d'autres affections. Nous l'avons constatée un grand nombre de fois dans l'hémorrhagie cérébrale, sans qu'aucun symptôme nous eût indiqué l'existence d'un travail inflammatoire. Le savant professeur de Montpellier a peut-être attaché une trop grande importance à cette contracture, bien qu'elle ait, nous ne le nions pas, beaucoup de valeur.

» Il arrive quelquefois que le membre paralysé devient le siége de douleurs assez vives. Ces douleurs ne sont pas constantes; aussi n'avons-nous nullement prétendu dire qu'on dût les regarder comme un signe caractéristique; mais nous ne pouvions les omettre. Ces douleurs peuvent être très fortes, intolérables, au point de faire pousser des cris aux malades. On peut rencontrer quelquefois des sensibilités illusoires, des états de la sensibilité exagérée de la peau. On constate encore dans la première période du ramollissement, une difficulté assez fréquente de saisir les objets, et une sorte d'irrégularité dans l'ensemble des mouvements des organes préhenseurs. Voilà pour les signes que peut fournir, pour le diagnostic, la paralysie considérée indépendamment de sa marche; nous verrons plus loin qu'elle affecte une marche différente dans le ramollissement et dans les autres maladies du cerveau.

» Nous ne nous étendrons pas longuement sur les lésions de la sensibilité, nous bornant à examiner ce qui nous est nécessaire pour l'étude de l'affection qui nous occupe. On a dit qu'elle était très souvent diminuée. Elle ne nous paraît pas l'être à un plus haut degré dans le ramollissement que dans l'hémorrhagie cérébrale. Nous ne parlons pas des cas où les malades ont perdu connaissance, ceux dans lesquels les mouvements et la sensibilité sont abolis à la fois étant les plus rares. Dans une pratique de plus de vingt années nous n'avons pas observé un seul fait où la perte de la sensibilité seule se soit présentée. Ainsi, diminution fréquente de la sensibilité dans les membres paralysés, abolition rarement complète de la sensibilité; voilà ce que l'on rencontre. Quant aux perversions de la sensibilité, nous n'avons guère à mentionner que les fourmillements dont nous avons déjà parlé.

» Une modification importante de la sensibilité, c'est la céphalalgie, phénomène que l'on nous a récemment accusé d'avoir regardé comme trop important. On a dit que nous avions attaché trop de valeur à la céphalalgie, et l'on s'est efforcé de prouver qu'elle n'existait que dans un très petit nombre de cas. Nous voyons dans la manière de procéder que l'on a mis en usage, une grande défectuosité. On a donné à la fréquence d'un phénomène une importance que cette fréquence ne doit point avoir. Ce n'est pas la fréquence qui en fait la valeur, c'est son existence. Prenons pour exemple le râle crépitant qui existe dans la pneumonie. Il constitue cer-

tainement un des caractères pathognomoniques de l'inflammation du poumon. Mais cependant il y a des cas où il n'existe pas, non plus que les crachats rouillés. L'absence possible de ces phénomènes dans quelques cas diminue-t-elle leur valeur, et empêche-t-elle qu'ils ne soient, quand ils existent, caractéristiques de l'état phlegmasique? La fréquence, dont les statisticiens font un si grand cas, la fréquence n'est pas la seule base sur laquelle on doive fonder la valeur d'un symptôme. L'existence d'un phénomène dans certains cas seulement, est souvent à nos yeux plus significative pour la certitude de la lésion pathologique. Nous faisons donc une grande différence entre la valeur et la fréquence d'un symptôme.

» Voici ce que nous avons dit : Il y a souvent des ramollissements qui s'annoncent par une douleur de tête circonscrite, violente. Cela veut-il dire que cette douleur existe toujours? Nullement; mais seulement que dans les cas de ramollissement du cerveau, on a dans la céphalalgie une raison de plus d'arriver au diagnostic de ce ramollissement. On a prétendu que la céphalalgie occupait le plus fréquemment la région frontale. Sans prétendre le contraire, nous ferons remarquer qu'il n'en est pas ainsi dans tous les cas. Pour nous résumer, nous maintenons que la céphalalgie peut exister et existe souvent dans le ramollissement du cerveau; qu'il y a des circonstances, à la vérité, dans lesquelles on ne l'observe pas, mais qu'elle n'en reste pas moins un excellent signe diagnostique.

» La céphalalgie peut se faire sentir pendant la première période du ramollissement, ou à une époque plus ou moins éloignée du début. Les sens peuvent être diminués, abolis ou pervertis. Par exemple, on constate des dilatations de la pupille; d'autres fois, l'ouverture pupillaire est plus ou moins rétrécie; dans quelques cas, elle est parfaitement régulière et normale. On constate cependant le plus souvent une altération dans la forme ou dans la grandeur de cette ouverture. Le strabisme, bien qu'il n'ait pas ici une grande valeur, peut exister aussi, et nous l'avons rencontré chez un assez grand nombre de sujets. Il peut y avoir cécité de l'un ou de l'autre œil. En général, ces signes tirés de la vue sont moins constants que la céphalalgie. Ce que nous avons dit des perversions de l'appareil oculaire peut s'appliquer également à l'appareil auditif : tous ces phénomènes appartiennent à la première période.

» Dans la seconde période, lorsqu'il y a compression, il y a surdité. L'état des facultés intellectuelles fournit des données de la plus haute valeur. La stupeur accompagne le plus souvent le ramollissement, tandis que dans l'hémorrhagie cérébrale, l'intelligence est conservée. Quelques auteurs ont écrit que l'intelligence était diminuée dans l'hémorrhagie et conservée dans le ramollissement. Nous partageons l'opinion contraire, et nous affirmons, d'après l'observation des faits, que la stupeur accompagne plus souvent le ramollissement que toute autre affection du cerveau. Nous avons dit que l'intelligence nous paraissait avoir un siége particulier dans l'organe cérébral et les mouvements dépendre de l'action d'une autre partie de cet organe. Quel que soit le siége du ramollissement, qu'il occupe la substance grise ou blanche, l'intelligence est presque toujours lésée. Dans l'hémorrhagie, au contraire, quel que soit son siége, elle est presque toujours conservée. Nous ne parlons pas, on le comprendra suffisamment, des cas où il y a perte complète de connaissance.

» Nous avons imprimé dans nos *Recherches sur le ramollissement*, que le coma s'observait ordinairement dans la dernière période de la maladie. On a prétendu récemment que nous avions eu tort, et que le coma accompagnait aussi souvent la première période que la dernière. Sans doute il en arrive ainsi lorsque le malade perd entièrement connaissance; mais le plus souvent alors le coma n'est que passager. Lorsqu'il est persistant, il ne survient ordinairement qu'à une période avancée, lorsqu'il y a suffusion séreuse ou compression d'un hémisphère cérébral par suite de l'augmentation du volume de l'autre. Quelques auteurs ont voulu nier la suffusion séreuse. Nous affirmons, pour notre part, qu'elle nous est bien démontrée, surtout vers la dernière période.

» L'intelligence peut être pervertie; le

délire n'est pas très rare. Nous croyons qu'il en peut être ainsi sans que pour cela il y ait inflammation. L'intelligence étant diminuée, le cerveau altéré, il peut y avoir perturbation du raisonnement. Cette perturbation peut survenir dans un ramollissement qui ne serait pas inflammatoire. Il suffit qu'il y ait lésion du cerveau pour que les malades délirent. Maintenant, que le délire soit plus fréquent dans un état inflammatoire de l'organe, nous ne disons pas le contraire, mais cet état inflammatoire n'est pas nécessaire. Celle des facultés intellectuelles qui est le plus facilement lésée, c'est la mémoire. On en constate une diminution notable dans la première période de la maladie. S'il arrive au médecin de demander au malade quelques renseignements même récents, il ne peut en donner aucun. Cette perte de la mémoire constitue un des caractères les plus communs du ramollissement, à tel point que lorsqu'un malade vient nous consulter et se plaint de ne plus avoir la mémoire aussi nette que d'habitude, notre première crainte est toujours celle d'un ramollissement du cerveau, et malheureusement l'événement justifie souvent nos prévisions. Ainsi la perte de la mémoire serait un phénomène précurseur du ramollissement.

» La démence, ou autrement l'idiotisme acquis est un des phénomènes fréquents du ramollissement. Pour ne citer qu'un fait tout récent, et que nous avons dernièrement observé dans nos salles, nous rappellerons un malade qui succomba le mois dernier, le lendemain de son admission dans notre service. Nous trouvâmes chez lui un ramollissement du cerveau. Mais les parents nous déclarèrent que depuis deux ans environ cet homme était atteint d'idiotisme complet. Dans ce cas, la démence constituait un phénomène précurseur bien évident, et annonçait de la manière la plus positive un trouble dans la pulpe cérébrale. Cette lésion est d'une importance extrême et nous permet dans beaucoup de circonstances de porter un diagnostic certain, bien que le malade ne puisse vous donner aucune espèce de renseignements sur la céphalalgie, les fourmillements, l'état des sens, etc. Nous considérerons donc comme un fait normal celui que nous venons de citer. » (Rostan, *Leçons sur les maladies du cerveau*, Gaz. des hôp., 2 et 5 novembre 1844, p. 514.)

Phénomènes indirects. — « La respiration est presque toujours stertoreuse, bruyante. Ce caractère se rencontre fréquemment dans d'autres affections du cerveau; aussi ne doit-il avoir qu'une valeur relative. Enfin, une gêne plus ou moins grande de la respiration peut exister dans les maladies dont nous parlons, mais n'avoir pas une grande corrélation avec la maladie elle-même.

» Les symptômes fournis par l'appareil circulatoire sont plus curieux et plus importants. Les auteurs qui ont cru que le ramollissement était toujours le résultat d'une inflammation ont écrit que dans l'encéphalite, le pouls, non seulement baisse quelquefois, mais est plus lent qu'à l'état normal, et ils tirent cette conclusion de ceci : que le ramollissement étant toujours inflammatoire, on observe très souvent des cas où la fièvre manque complétement. Il est vrai que dans certains cas de méningite, ou de méningo-encéphalite, le pouls peut n'être pas augmenté; ce sont là, nous devons le dire, des cas tout particuliers. En général, voici ce qui résulte de l'observation. Dans le ramollissement ordinaire, le pouls reste le plus souvent normal, et ne s'accélère que lorsqu'il existe une encéphalite.

» Lorsque le cerveau n'exerce plus ses fonctions, le pouls devient irrégulier, intermittent, variable; c'est ce qui arrive dans toutes les agonies, quelle que soit du reste la maladie qui emporte le malade. Ce phénomène se rencontre dans le ramollissement comme dans les autres affections.

» Les fonctions digestives présentent quelques altérations essentielles à noter. Ainsi, l'on observe souvent des vomissements nerveux. Dans une observation de tubercule du cerveau, insérée par M. Chomel dans le *Journal de médecine*, 1820, il est question de vomissements opiniâtres et abondants, sympathiques de l'état du cerveau. C'est un fait qui peut se présenter, mais qui n'est pas constant. Il y a plus ordinairement de la constipation que de la diarrhée; d'autres fois, on observe des déjections involontaires, comme dans

toutes les affections où le cerveau n'exécute plus de fonctions. Les urines sont souvent involontairement rendues dans le lit ; d'autres fois il y a paralysie de la vessie, et le malade urine par regorgement.

» Les exhalaisons offrent quelquefois des particularités, mais qui ne sont pas absolues. On a noté, dans un ouvrage récent, l'odeur de souris ; nous croyons qu'elle n'est pas due à une altération morbide en elle-même, mais qu'elle reconnaît pour cause l'émission involontaire des urines dans le lit, émission qui communique aux draps et aux linges du malade une odeur ammoniacale. Ainsi, ce n'est point une odeur spéciale produite par la peau, mais le résultat d'émanations ammoniacales dues au séjour prolongé de l'urine.

» La peau peut être chaude ; quelquefois elle est froide. Enfin, il y a souvent des sueurs visqueuses dans la dernière période de la maladie.

» Pour l'habitude extérieure du corps, elle mérite que nous nous y arrêtions un instant. Nous ne parlons pas de l'attitude, mais seulement de l'apparence de la face, de l'expression des traits. Pour la coloration de la face, nous avons noté qu'elle peut être très variable dans le ramollissement comme dans l'hémorrhagie cérébrale. Nous avions observé déjà que, dans certains cas, les sujets étaient rouges, fortement colorés. A cela, on nous a objecté que ce phénomène n'indique rien et n'a aucune valeur, des hémorrhagies pouvant exister dans lesquelles la face est très pâle. Jamais nous n'avons eu la pensée que l'on nous attribue. Nous devons citer le phénomène, puisqu'il existe, sans lui donner une valeur pathognomonique qu'il n'a pas ; mais cela ne nous empêche point de dire que quelquefois il y a rougeur de la face dans le ramollissement cérébral, bien que le plus souvent le malade soit pâle. Si rarement que ce phénomène se présente, nous avons dû le noter. L'hébétude, la distorsion de la bouche, etc., et bien d'autres signes encore, sont des phénomènes que nous ne devons pas passer sous silence. » (Id. *Gazette des hôpitaux*, 21 novembre 1844.)

M. Durand-Fardel étudie successivement les symptômes du ramollissement aigu et ceux du ramollissement chronique. Comme presque tous les faits qu'il range sous le nom de ramollissement aigu sont évidemment des cas d'encéphalite, il est naturel que les symptômes soient aussi ceux de l'encéphalite ; nous ne croyons donc pas qu'il soit nécessaire de revenir ici sur ce que nous avons dit dans l'article précédent. Quant au ramollissement chronique, M. Durand y distingue quatre formes que nous allons faire connaître.

Première forme ou ramollissement marchant par degrés. — Après avoir signalé les difficultés que présente une description générale de cette forme et les nombreuses nuances que l'on rencontre au lit des malades, M. Durand s'exprime ainsi :

« Des malades, ordinairement d'un âge assez avancé, commencent par se plaindre de malaise, d'engourdissements dans la tête, puis de céphalalgie, quelquefois générale, le plus souvent frontale, rarement limitée à un côté de la tête ; cela s'accompagne de vertiges, d'étourdissements quelquefois assez forts pour occasionner des chutes, même des pertes de connaissance. Cet état peut durer des années entières ; quelquefois, au bout de plusieurs mois, de plusieurs jours seulement, surviennent de nouveaux symptômes, et plus caractéristiques.

» Les malades accusent des engourdissements à l'extrémité des membres, dans les doigts, des picotements à la peau, comme si des fourmis couraient à sa surface ; ces phénomènes ne se montrent ordinairement que d'un côté du corps. Ils peuvent précéder la céphalalgie ou se montrent en même temps qu'elle. On peut dire que presque toujours la céphalalgie et les engourdissements précèdent et annoncent le ramollissement, lorsque celui-ci débute graduellement ; mais ces deux ordres de symptômes manquent fort souvent, soit comme prodromes, soit surtout comme symptômes du début, lorsque la maladie détermine dès le commencement des accidents brusques et rapides.

» Ce que je dis ici de cette forme de ramollissement, que l'on pourrait appeler primitivement chronique, nous l'avons déjà remarqué à propos du ramollissement aigu, où nous avons vu que la céphalalgie et les engourdissements manquaient très

habituellement dans la forme apoplectique. C'est encore au ramollissement graduel qu'est particulièrement applicable cette proposition précédemment émise : qu'il est généralement impossible de distinguer l'instant où le ramollissement de la pulpe nerveuse vient à succéder à la congestion qui l'a toujours précédé.

» Ainsi, cette céphalalgie, ces engourdissements dont je viens de parler, peuvent exister pendant longtemps sans reconnaître d'autre cause qu'un état de congestion lente, habituelle, ou des congestions répétées du cerveau ; d'un autre côté, de tels symptômes peuvent exister comme unique manifestation de ramollissements déjà formés, et dont le développement graduel avait pu ne pas entraîner d'accidents plus graves.

» Ceci bien entendu, continuons la description que nous avons commencée.

» Aux engourdissements succède, à une époque variable, la faiblesse des membres ; la jambe se traîne dans la marche ; la main laisse tomber par instants les objets même les plus légers. Une femme qui présentait depuis un certain temps des symptômes de ce genre, préludes d'accidents plus graves et mieux caractérisés, pouvait encore travailler ; mais de temps en temps, l'aiguille lui tombait des doigts, ceux-ci demeuraient plusieurs instants, un quart d'heure, une demi-heure au plus, immobiles, comme morts, puis ils reprenaient leur activité, et elle se remettait à l'ouvrage. Souvent, à cette époque, la main éprouve de la difficulté et même de l'impossibilité à se fermer. Chose remarquable, il arrive souvent qu'elle ne parvienne à se fermer que lorsque sa face palmaire sent le contact d'un corps étranger autour duquel les doigts viennent se serrer, tandis qu'ils demeurent fixement immobiles dès que ce corps est retiré. M. Marshall Hall a également observé ce phénomène, et en a donné l'explication.

» Dans certains cas, à cette faiblesse vient se joindre la contracture, se montrant tantôt aux doigts, tantôt au coude, s'étendant au bout d'un certain temps à tout un côté du corps ; souvent intermittente avant d'être continue ; n'attendant pas toujours, comme dans le ramollissement aigu, que la motilité soit profondément altérée.

» En même temps, la face se dévie du côté opposé à la paralysie, ou du côté correspondant, en participant à la contracture des membres. L'œil de ce côté perd quelquefois la faculté de se fermer ; il demeure entr'ouvert, et la conjonctive oculaire, sans cesse en contact avec l'air, s'enflamme. Si l'on joint à cela un air d'hébétude, d'étonnement et d'indifférence tout particulier, et surtout, à une époque avancée, des pleurs, des sanglots survenant sans motif, on aura une physionomie qui suffit généralement, à elle seule, pour caractériser le ramollissement.

» Dès les premiers accidents, en général, la mémoire a commencé à s'altérer, le jugement à perdre de sa sûreté, et les idées à se confondre dans l'esprit. Cet affaiblissement des facultés suit une marche graduelle, en rapport avec le développement des autres symptômes, favorisé encore par l'obtusion des sens ; la vue se trouble ; le toucher s'émousse ; la parole s'embarrasse en même temps, soit par oubli des mots, soit par gêne de la langue ; elle se ralentit et prend un caractère de monotonie tout particulier.

» A une époque plus éloignée encore, la paralysie du mouvement devient complète, et peut s'accompagner d'une anesthésie absolue. La contracture devient souvent extrême, et ce n'est qu'aux derniers jours de la vie qu'elle fait place à la résolution. La céphalalgie diminue ordinairement alors, mais les membres peuvent rester le siége de douleurs vives, d'élancements insupportables.

» L'affaiblissement de l'intelligence amène quelquefois à un idiotisme complet, bien que, dans certains cas, on voie les facultés intellectuelles demeurer intactes au milieu de l'abolition générale des fonctions cérébrales. Les malades perdent la faculté de retenir l'urine et les matières fécales ; ils tombent dans le marasme et succombent ordinairement avec d'énormes escarrhes au siége et souvent une pneumonie, soit hypostatique, soit intercurrente.

» Les symptômes du ramollissement ne se montrent pas toujours ainsi au complet.

» Quelquefois les mouvements sont à peine altérés, ou l'intelligence ne subit aucune modification, ou la sensibilité de-

meure intacte. Chez quelques individus, les facultés intellectuelles sont seules lésées. Tels sont certains aliénés dont les mouvements et la parole n'ont jamais subi la moindre atteinte; des vieillards, affectés de démence sénile, souvent considérés comme en enfance, et n'offrant avec cela qu'une faiblesse générale des membres que l'on attribue volontiers aux progrès de l'âge; les douleurs dans les membres et dans la tête manquent souvent; quelquefois les effets de la maladie semblent se circonscrire dans un ou deux membres qui s'engourdissent et s'affaiblissent peu à peu, sans qu'aucun autre point du corps participe à ce trouble fonctionnel. Il serait trop long d'insister sur ces variétés dont je vais présenter quelques exemples. » (Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 333.)

Deuxième forme. — Ramollissement débutant subitement. — Le caractère principalement distinctif entre cette forme et la précédente consiste, selon M. Durand, dans la marche qui est à peu près régulièrement croissante dans la première et comme saccadée dans celle-ci; M. Durand admet que, dans la deuxième forme, il y a toujours une période d'acuité, mais qui ne dure pas longtemps et après laquelle des phénomènes de chronicité continuent, mais passent presque inaperçus. Voici d'ailleurs les paroles de M. Durand lui-même.

« Un fait bien curieux et bien important à connaître, c'est que, tandis que, dans la forme précédente, les accidents suivent, en général, une marche successivement croissante, depuis le début jusqu'à la fin; dans la forme que nous étudions maintenant, on voit, au contraire, les accidents suivre, après le début, une marche tout opposée, c'est-à-dire graduellement décroissante.

» On regarde généralement la première marche comme caractéristique du ramollissement, et cette observation est parfaitement juste. Mais on considère la seconde comme propre à l'hémorrhagie, à tort, en ce sens au moins qu'elle appartient également au ramollissement. Si l'on y réfléchit, on verra, du reste, qu'il n'en saurait être autrement : car, si à la suite de ces attaques apoplectiformes internes, par lesquelles commence si souvent le ramollissement, les accidents ne diminuaient pas, la mort surviendrait infailliblement. La première condition, pour que dans les cas de ce genre le ramollissement puisse passer à l'état chronique, c'est la diminution des symptômes; cette diminution s'opère nécessairement peu à peu, et l'on a alors la marche de l'hémorrhagie.

» Dans certains cas toutes les fonctions frappées au début de la maladie se ressentent indéfiniment des atteintes qu'elles ont subies; ainsi les membres restent paralysés, le retour de la connaissance ne fait retrouver que des facultés plus ou moins profondément altérées, la parole demeure embarrassée ou même tout à fait impossible, les excrétions continuent de se faire involontairement, enfin, le malade végète misérablement sans que la plupart du temps sa vie se prolonge beaucoup, bien qu'il ne soit pas impossible de vivre encore plusieurs années dans un état de dégradation aussi profonde.

» Dans un grand nombre de cas, l'intelligence, la parole reviennent plus ou moins complétement, mais la paralysie persiste, au moins dans un membre, et rarement sans avoir subi quelque diminution. On croit alors avoir affaire à un foyer hémorrhagique. On le croira bien plus encore lorsque l'on verra, au bout d'un certain temps, à la résolution simple du début, succéder la contracture du membre paralysé. On dira alors qu'à l'hémorrhagie s'est joint un ramollissement consécutif. Il est difficile, en effet, dans les cas de ce genre, d'éviter l'erreur. Nous pouvons affirmer cependant qu'ils sont loin d'être rares, et nous en citerons où il est incontestable qu'aucun foyer hémorrhagique n'a pu exister à une époque. Remarquons, du reste, que ce sont les faits de ce genre qui font tous les jours attribuer à des foyers hémorrhagiques des lésions qui appartiennent uniquement et certainement au ramollissement.

» Les facultés de l'intelligence et des sens sont celles qui reparaissent le plus vite et le plus complétement, lorsque les accidents du début tendent à se dissiper. Il faut bien s'attendre que la mémoire ne reprendra pas habituellement toute sa netteté; que le jugement, le caractère, ne

seront pas toujours ce qu'ils étaient auparavant.

» Il est rare que la parole demeure à jamais abolie ; mais il est plus rare encore, peut-être, qu'elle reprenne entièrement son caractère naturel. Lors même qu'elle n'est plus gênée, elle conserve toujours cette monotonie que j'ai déjà plusieurs fois indiquée, et qui est un signe si caractéristique d'une lésion du cerveau, et surtout d'un ramollissement.

» La contracture des membres paralysés peut se montrer dans les trois circonstances suivantes : tantôt elle existe dès le début et persiste jusqu'à la fin ; tantôt, après avoir existé au commencement, elle disparaît au bout d'un certain temps ; tantôt, enfin, elle vient se montrer à une époque plus ou moins éloignée du début, sans avoir paru de toute la première période de la maladie.

» De toutes les fonctions lésées au début, le mouvement est celle qui conserve le plus inévitablement des traces de l'attaque ; cependant il arrive souvent que le malade reprenne l'usage de ses membres, au moins en partie, et peut-être même que tout affaiblissement disparaisse. Je n'ai rien à ajouter de particulier aux détails dans lesquels je suis entré précédemment, relativement aux troubles divers de la sensibilité ; ils peuvent tous se montrer, soit dès le début, soit à une époque plus avancée, avec toutes les variétés que j'ai indiquées : douleurs, engourdissements, fourmillements des membres, céphalagie. Je ferai seulement remarquer que lorsque le mouvement doit reparaître dans des membres paralysés, son retour est presque constamment annoncé et accompagné par des fourmillements prononcés, quelquefois même douloureux.

» L'existence de ces douleurs, fourmillements, etc., est fort importante pour le diagnostic ; elle annonce toujours un ramollissement, à moins que ces phénomènes ne soient très peu prononcés. Lorsque le malade les accuse dès le début, ou au moins dès qu'il a recouvré sa connaissance, on doit penser que l'on n'a affaire qu'à un ramollissement ; mais lorsqu'ils ne se montrent que consécutivement, ils peuvent très bien tenir au développement d'un ramollissement autour d'un foyer hémorrhagique.

» Cette forme du ramollissement paraît être la plus fréquente. On se rappelle, en effet, que précédemment nous avons trouvé que sur 138 cas de ramollissement où la maladie avait été suivie dès son principe, 80 avaient offert un début apoplectiforme, 58 avaient suivi à cette époque une marche différente. Il nous a paru résulter également de l'examen de ces faits que la première forme était surtout commune à un âge avancé. Nous ajouterons que, dans un grand nombre de faits appartenant à nous ou à d'autres, et dont les détails n'étaient pas, du reste, assez explicites pour pouvoir les faire entrer dans ce relevé, nous avons trouvé mentionnées des attaques d'apoplexie, qui, sans aucun doute, avaient, dans mainte occasion, joué un rôle important dans leur début. » (Durand, *loc. cit.*, p. 349.

Dans la *troisième forme*, M. Durand range les cas dans lesquels des accidents aigus, apoplectiformes ou autres, terminent un ramollissement chronique, qui peut avoir ou non donné lieu à des symptômes peu prononcés ou même nuls. M. Durand se demande si même il n'a pas eu tort de considérer les symptômes aigus comme liés à l'état de ramollissement qu'il considère comme chronique, et si ces symptômes n'en seraient pas complétement indépendants. Il est important d'insister sur cette particularité, qui trouvera plus loin son application.

La *quatrième forme* de M. Durand est constituée par les cas dans lesquels le ramollissement reste latent jusqu'à la fin. Ce que dit M. Durand sur ces cas, quoique très court, est trop important pour ne pas être entièrement rapporté.

« On peut, dit-il, rencontrer des ramollissements du cerveau chez des individus qui, à l'époque de leur mort, ne présentaient aucun trouble appréciable des fonctions cérébrales. Chez quelques uns, le ramollissement s'était développé sans avoir jamais donné lieu à aucun symptôme propre à déceler son existence. Chez d'autres, il avait déterminé quelques accidents plus ou moins bien caractérisés à l'époque de sa formation, mais ces accidents s'étaient

dissipés, et les malades ne s'en étaient plus ressentis.

» Quelques uns de ces individus avaient bien éprouvé, du côté de l'organe encéphalique, certaines souffrances plus ou moins prononcées, qu'après la mort on a pu rattacher au ramollissement, mais qui, pendant la vie, étaient tout à fait impropres à faire reconnaître ou même à laisser soupçonner la présence d'une lésion organique du cerveau. Mais le plus souvent, il faut le dire, il est seulement permis de constater qu'il n'y avait, depuis un temps plus ou moins éloigné, aucune lésion des facultés cérébrales. On est privé de renseignements assez complets pour acquérir la certitude de l'absence ou de l'existence de symptômes à une époque quelconque.

» Il est probable qu'un ramollissement qui a pu marcher ainsi d'une façon latente s'est développé dès le principe avec lenteur, et n'a entraîné que peu à peu la désorganisation du point où il siège. Le ramollissement cérébral a cela de commun avec toutes les autres lésions chroniques et dans tous les organes. Ainsi on sait que dans le cerveau lui-même il arrive très souvent de rencontrer, à tous les âges de la vie, des productions morbides qui n'avaient entraîné aucune modification dans ses fonctions. Dans les poumons, dans les organes abdominaux, rien de plus ordinaire que de trouver des lésions tout à fait imprévues, soit sur le cadavre d'individus qui n'en avaient jamais ressenti d'effet appréciable, soit chez des sujets chez lesquels leur présence ne détermine d'accidents que lorsqu'elles ont déjà acquis un certain développement. Mais ce sont surtout les personnes qui se sont adonnées à l'anatomie pathologique des vieillards et des enfants qui peuvent se faire une idée du grand nombre de lésions organiques qui se développent ainsi sans symptômes. » (Durand, *loc. cit.*, p. 373.)

Marche, durée. — M. Rostan s'exprime ainsi sur ces deux parties de l'histoire du ramollissement :

« Dans les premiers temps, une grande difficulté nous préoccupait; tous les cas que nous avions eu l'occasion d'observer avaient simulé ce que l'on appelait alors l'apoplexie, et qui depuis a été distingué en hémorrhagie cérébrale et en congestion. Lorsque nous eûmes découvert une nouvelle altération pathologique, il nous fallut chercher à la distinguer de l'apoplexie, et la difficulté de trouver des signes diagnostiques suffisants nous tourmentait beaucoup. Remarquez en passant que nous ne voulons point établir ici le diagnostic différentiel, mais seulement la marche et la durée du ramollissement. Bientôt nous arrivâmes à cette idée, que la manière dont marchaient les deux affections devait n'être pas tout à fait analogue, que les lésions devaient se développer d'une façon différente dans l'un et dans l'autre cas. Cette idée fut un trait de lumière. Dès lors, nous nous attachâmes à constater ces différences dans la marche et dans la production des symptômes. Dans quelques cas, la maladie avait fait des progrès lents et insensibles, et nous trouvâmes une altération d'une certaine nature. Lorsque la marche de l'affection a été très rapide, les altérations étaient très différentes. Le tubercule du cerveau, le cancer, le fongus de la dure-mère, ont des symptômes particuliers tenant à leur marche même. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi du ramollissement et de ses variétés ?

» La marche du ramollissement du cerveau n'est pas constante. A toute règle, à toute description, il y a toujours des exceptions, desquelles il faut tenir compte. En général, le ramollissement du cerveau ne marche ni comme l'hémorrhagie, ni comme la congestion. Les symptômes se montrent graduellement les uns après les autres, à un faible degré d'abord, augmentant peu à peu d'intensité, faisant des progrès insensibles, jusqu'au moment où ils atteignent leur maximum d'intensité; d'autres fois la marche, bien que graduelle, n'est pas tout à fait la même que celle-ci. Il y a eu des phénomènes précurseurs qui ont constitué ce que l'on appelle la première période du ramollissement. Puis les symptômes ont augmenté subitement de violence, et cette aggravation soudaine constitue la seconde période.

» Nous avons déjà eu l'occasion de vous dire qu'il y a des cas où le ramollissement n'est pas précédé de ces phénomènes précurseurs, ramollissement auquel nous avions donné le nom de ramollissement anormal. Dans cette espèce, nous avions

signalé des alternatives de mieux et de pire dans l'état des individus affectés; nous étions loin de nous attendre que plus tard l'observation importante que nous faisions serait interprétée contre nous, et deviendrait entre les mains de nos loyaux adversaires une arme dont ils essaieraient de se servir pour atténuer la valeur de nos recherches. Examinons cependant d'abord le cas le plus ordinaire, la marche du ramollissement que nous appellerons normal.

» Dans la première période du ramollissement, le malade sent ordinairement des fourmillements dans un des côtés du corps, principalement dans les membres. Il ne se plaint pas de vives douleurs, mais il se frotte fréquemment les parties qui sont le siége de ces fourmillements. Ces symptômes peuvent durer quelques jours, sans que le sujet y fasse grande attention. Puis il s'aperçoit que les mouvements de préhension sont moins faciles; il éprouve un certain embarras, un peu de gêne quand il cherche à prendre de petits objets, une plume, etc. Il n'y a pas encore de paralysie, mais seulement une diminution dans la contraction musculaire. Lorsque le malade a toute sa lucidité d'esprit et l'intelligence libre, ce qui n'arrive pas dans tous les cas, il se plaint de cette gêne et de cette faiblesse musculaires. Il accuse des crampes, des fourmillements, des contractures.

» On nous a reproché d'admettre l'existence de la contracture à une époque où il n'y a point encore ramollissement, et cependant, a-t-on dit, la contraction n'arrive jamais sans qu'il y ait ramollissement. On s'est trompé; on rencontre, rarement peut-être, mais positivement, la contraction dans des cas où il n'y a pas de ramollissement. L'observation met ce fait hors de toute contestation. Le malade ne peut qu'avec difficulté lever ses pieds au-dessus du niveau du sol, et il bute contre les aspérités et les obstacles qui se rencontrent sur son passage. Tous ces phénomènes sont caractéristiques de la lésion qui va bientôt exister. Quelquefois il survient un sentiment de douleur. On a dit qu'elle était le plus souvent générale. Nous croyons au contraire que dans la grande majorité des cas elle est fixe. C'est, selon nous, un des caractères les plus importants, bien que son existence ne soit pas constante.

» Lorsque se présente à vos yeux l'ensemble des phénomènes dont nous venons de vous donner une légère et rapide esquisse, la pensée qui doit vous venir à l'esprit est celle-ci, qu'ils annoncent une affection autre que l'hémorrhagie cérébrale. En même temps, l'intelligence devient obtuse; les malades ont de la peine à travailler; il y a diminution de la mémoire, et l'attention ne se soutient qu'avec peine; embarras de la langue, embarras de la parole, dont les malades ne s'aperçoivent pas le plus ordinairement. De jour en jour, ces phénomènes augmentent. Au bout de dix ou quinze jours, trois semaines, les engourdissements sont devenus constants. Peu à peu et par une progression insensible, la sensibilité, les mouvements et tous les phénomènes que nous avons exposés arrivent graduellement à leur plus haut degré d'intensité. Puis survient la paralysie, d'abord bornée à un côté du corps, bientôt générale, et la mort.

» Nous le répétons, lorsqu'un malade présente ces symptômes, on peut être aussi certain qu'il est permis de l'être dans le diagnostic des affections du cerveau, qu'il y a là un ramollissement du cerveau, ramollissement de ceux que nous avons nommés normaux ou réguliers. La proportion des cas de ce genre est environ d'un cinquième sur la masse totale. Ici encore, comme nous vous l'avons dit dans une des précédentes séances, nous faisons une grande différence entre la fréquence et la valeur des phénomènes. Disons, en passant, que le ramollissement n'est pas la seule affection qui se présente à l'observateur avec cette marche et ce cortége de phénomènes. Les maladies organiques sont dans le même cas, mais ce sont des maladies chroniques organiques, et leurs progrès sont beaucoup plus lents. Le ramollissement inflammatoire a beaucoup de rapports avec celui dont nous venons de parler; mais cependant on peut souvent les distinguer, l'appareil fébrile et inflammatoire se montrant chez l'un, et n'existant pas chez l'autre. Quant à la marche lente des maladies chroniques organiques, elle est si différente en raison même de sa lenteur, que la durée seule suffit pour établir la différence.

» Lorsque la maladie a duré un certain laps de temps, deux choses peuvent arriver. Les symptômes de la première période, ceux que nous venons de décrire, peuvent disparaître, et la guérison s'obtenir. Ou bien ils continuent à se manifester, et alors leur importance augmente. Tant que la maladie n'était que dans sa première période, on pouvait jusqu'à un certain point supposer que les phénomènes n'avaient qu'une importance secondaire. Mais lorsque la seconde période a commencé, on peut en quelque sorte être sûr et certain que le ramollissement existe, et cela, parce que les autres maladies du cerveau ne marchent pas de la même manière. Il y a des hémorrhagies qui présentent les mêmes phénomènes précurseurs; mais les cas de cette nature sont beaucoup plus rares que ceux du ramollissement qui en sont précédés.

» Les symptômes précurseurs sont d'une si haute valeur pour établir le diagnostic, que s'ils n'ont point existé ou si l'on n'a pu s'assurer de leur existence, il est souvent fort difficile, impossible même de se prononcer sur la question de savoir s'il y a hémorrhagie ou ramollissement. Ainsi, pour nous résumer en deux mots, assez insignifiants, bien qu'ils ne soient pas cependant tout à fait nuls, à la première période, les symptômes précurseurs acquièrent une grande importance lorsque la seconde période a commencé.

» Une autre forme est celle au début de laquelle on n'observe pas de phénomènes précurseurs. Au premier abord, il ne paraît guère possible qu'une altération de la pulpe cérébrale puisse se faire sans que des phénomènes précurseurs soient venus en avertir, et cependant le fait n'est pas impossible. Dans les travaux que nous avons publiés sur ce sujet, nous avons rassemblé quelques faits dans lesquels nous n'avons pu noter de phénomènes précurseurs, soit par nous-même, soit par les renseignements fournis par des personnes étrangères. Puisqu'il n'est pas rare de constater des anomalies dans l'histoire des maladies des autres organes, pourquoi trouverait-on donc si étonnant que des anomalies se rencontrassent quelquefois aussi dans l'histoire du ramollissement du cerveau? Ensuite, disons-le, il peut arriver que les phénomènes précurseurs aient existé, mais qu'ils aient échappé, et alors il faut prendre garde de compter au nombre des exceptions un fait normal, mal ou incomplétement observé. Comme exemple d'erreur commise de cette manière, nous citerons le fait d'un malade qui est entré dans nos salles il y a deux mois environ; on nous dit qu'il venait d'être frappé subitement de paralysie; il mourut au bout de quelque temps. Ses parents, questionnés avec le plus grand soin, nous affirmèrent, qu'avant cette attaque, il n'avait jamais présenté aucun trouble dans ses mouvements, non plus que dans l'exercice de ses sens. Ce n'est que par hasard que nous apprîmes enfin que ce sujet était en démence depuis deux ans. Or, la démence est un symptôme précurseur des plus importants. Nous croyons que bien souvent l'absence de renseignements aura induit le médecin en erreur, plutôt que l'absence réelle des phénomènes.

» Admettons cependant cette troisième forme, cette forme soudaine, apoplectique; et dans des cas de cette nature il nous sera impossible de distinguer l'hémorrhagie du ramollissement.

» Nous avons dit qu'il est des cas où la marche de l'affection est anormale, irrégulière, où les symptômes se montrent, diminuent pour augmenter encore, etc. Il arrive alors quelquefois qu'à la seconde période de la maladie, le sujet est frappé très profondément, perd connaissance et ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. Quelques heures après l'accident, ou le lendemain, le malade commence à faire quelques mouvements et à prononcer quelques mots. Lorsque vous n'avez pas l'habitude d'observer fréquemment les maladies du cerveau, vous vous félicitez de cette amélioration; le lendemain le sujet est dans un état pire que la veille. Il y a des alternatives de bien et de mal; l'affection n'est pas incessamment croissante, et l'on observe pour ainsi dire des temps d'arrêt. Nous avons cherché à nous rendre compte de cette singularité, et pour l'expliquer nous avons fait des hypothèses que l'on a depuis converties en certitude. Nous avons la conviction maintenant que dans ces cas le ramollissement ne marche pas seul.

» Une des complications les plus ordinaires, c'est la congestion. Le ramollissement est souvent accompagné de congestion cérébrale. Supposez donc un individu dans cette circonstance, affecté d'un ramollissement et perdant subitement connaissance sous l'influence d'une congestion cérébrale; si vous pratiquez une saignée, vous dégagez le système circulatoire, vous diminuez la compression produite par le trop grand afflux du sang; les symptômes s'amendent. Mais bientôt la maladie principale reprend ses droits, et la marche en devient plus rapide encore. Ces alternatives de mieux et de pire peuvent être nombreuses et se répéter pendant assez longtemps.

» La durée de la maladie est extrêmement variable. Elle peut être de quelques semaines ou d'un, deux et même trois ans. Une fois que la seconde période a commencé, il est rare qu'il s'écoule plus de six semaines entre l'apparition des symptômes de cette époque de la maladie et la terminaison. Lorsque l'affection dure plus longtemps, c'est que probablement alors ce n'est pas à un ramollissement, mais à une maladie chronique organique que l'on a affaire. » (Rostan, *Gazette des hôpitaux*, 21 novembre 1844.)

Diagnostic. — La symptomatologie des maladies cérébrales est si confuse encore, qu'il n'est guère d'affection avec laquelle on ne puisse confondre le ramollissement. M. Rostan, qui a fait tant d'efforts pour débrouiller le diagnostic des maladies cérébrales, n'est parvenu à établir celui du ramollissement que sur des signes qui trop souvent sont équivoques, insuffisants ou même tout à fait trompeurs; nous verrons, par un exemple emprunté à M. Chomel, combien encore les médecins les plus distingués sont exposés à des méprises complètes. Nous allons néanmoins faire connaître les éléments que divers auteurs ont donnés pour parvenir à distinguer le ramollissement des autres maladies; nous le ferons même avec d'autant plus de soin, que le problème est plus difficile, car c'est des efforts qu'on fera pour confirmer ou infirmer les assertions de ceux qui ont déjà étudié le ramollissement, que jaillira la lumière dont l'histoire de cette maladie a tant de besoin. Comme nous avons déjà étudié les principales affections du cerveau, moins la méningite, nous pouvons, dès à présent, traiter, dans les plus grands détails, du diagnostic du ramollissement et de toutes les autres maladies, sauf à n'y plus revenir pour celles qui nous restent encore à étudier.

1° *Congestion cérébrale.* — C'est une des affections avec lesquelles il est le moins facile de confondre le ramollissement: la congestion sanguine, dit M. Rostan, est la plupart du temps une affection générale du cerveau, et qui par conséquent doit donner lieu à des symptômes généraux, ce qui ne permet pas de la confondre avec le ramollissement. M. Durand cependant ne partage pas cette manière de voir; nous verrons plus tard que, pour lui, non seulement le ramollissement ne se distingue pas de la congestion, mais encore que le ramollissement à une certaine période et la congestion sont la même chose; ce n'est que lorsque le premier a passé à l'état chronique qu'il cesse d'être une congestion et que le diagnostic est possible, et même alors facile. Nous verrons aussi les objections qu'on peut opposer à cette manière de voir.

2° *Hémorrhagie cérébrale.* — Une affection dont il est beaucoup plus difficile de distinguer le ramollissement, c'est l'hémorrhagie cérébrale; malgré les nombreuses recherches auxquelles on s'est livré pour établir ce diagnostic, on verra par un exemple qu'il n'est pas encore fondé sur des bases toujours solides. Voici d'abord comment s'exprime M. Rostan:

« Les maladies du cerveau donnant lieu à la paralysie, qui peuvent le plus aisément être confondues et pour lesquelles il importe le plus d'avoir des caractères distinctifs, sont l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement. L'une des circonstances qui aident le mieux à les distinguer l'une de l'autre est l'existence ou l'absence de phénomènes précurseurs. Dans le très grand nombre des cas, la paralysie produite par le ramollissement est précédée de symptômes précurseurs, tandis que, dans l'hémorrhagie, elle survient le plus ordinairement d'une manière brusque et instantanée, sans avoir été précédée d'aucun symptôme qui ait pu la faire prévoir.

» La paralysie frappe subitement un

individu au milieu de ses occupations habituelles, à table, ou bien dans son lit, et alors qu'il paraissait jouir de toute la plénitude de sa santé. Cependant cette loi n'est pas constante et absolue; elle comporte quelques exceptions, mais elle n'en est pas moins pour cela un signe très précieux pour le diagnostic dans la grande majorité des cas.

» D'après les recherches de M. Rochoux, la paralysie produite par une hémorrhagie cérébrale ne serait annoncée par des symptômes précurseurs qu'une fois sur dix. Les exceptions, d'ailleurs, peuvent encore s'expliquer par les conditions qui compliquent et par suite altèrent les phénomènes propres à chacune des affections qui nous occupent. Ne peut-il pas arriver, par exemple, que dans les cas où une hémorrhagie est précédée de phénomènes précurseurs, il y ait eu précédemment un ramollissement qui n'ait point été assez considérable pour produire la paralysie et qui n'ait encore donné lieu qu'aux symptômes précurseurs de la paralysie, alors qu'est survenue l'hémorrhagie qui vient compliquer l'altération déjà existante. La coïncidence de ces deux affections expliquerait ainsi ces faits en apparence contradictoires à la loi que nous avons établie et que, faute de mieux, on considère comme des exceptions.

» La marche des phénomènes fournit des éléments très précieux au diagnostic; elle offre des différences caractéristiques dans la congestion, l'hémorrhagie et le ramollissement. Tout le monde sait que la marche de la congestion et de l'hémorrhagie est décroissante (aux différences près qui caractérisent cette période décroissante dans la congestion et dans l'hémorrhagie), tandis que dans le ramollissement la marche est toujours croissante. On a pu voir récemment dans nos salles un exemple frappant de la rapidité avec laquelle décroissent les symptômes dans la congestion. Un jeune homme a été amené à l'hôpital avec une hémiplégie complète. On l'a saigné le jour même; le lendemain il n'avait plus rien, et il fut trouvé, lors de la visite, debout à côté de son lit; il n'avait plus même le plus léger engourdissement dans les membres. Cependant l'hémiplégie était tellement complète que nous avions diagnostiqué une hémorrhagie.

» Nous fûmes forcé de reconnaître le lendemain que nous n'avions eu affaire qu'à une congestion et non à une hémorrhagie; car il est impossible d'admettre qu'une résolution aussi prompte eût pu avoir lieu avec les désordres qu'une hémorrhagie cérébrale entraîne à sa suite. Le ramollissement a une marche toujours croissante et une terminaison infailliblement fatale. Avec de pareils caractères il serait difficile de rester longtemps dans le doute. On a avancé que le ramollissement cérébral était curable; mais les personnes qui ont avancé une pareille assertion s'en sont probablement laissé imposer par une particularité qui était, en effet, de nature à induire en erreur : c'est que la marche des ramollissements n'est pas régulièrement croissante; elle procède, au contraire, d'une manière irrégulière, présentant des arrêts et même des améliorations momentanées qui font croire quelquefois à une guérison spontanée. La raison de cette marche irrégulière est dans la coïncidence de deux altérations, c'est-à-dire dans la complication de mouvements de congestions périodiques avec le ramollissement. C'est ce que l'on voit également dans toutes les altérations organiques chroniques du cerveau, dans le cancer, les tubercules, etc. Comment comprendrait-on autrement ces alternatives de mieux et de pis, ces exaspérations et ces amendements que l'on observe dans les symptômes, dans des affections essentiellement permanentes, comme le sont le ramollissement, le cancer et le tubercule? Ce sont ces congestions momentanées, paraissant et disparaissant avec une grande mobilité, qui compliquent et aggravent la lésion principale, qui par leur présence, en rendent les symptômes plus saillants, tandis que leur cessation est toujours accompagnée d'une diminution considérable de ces symptômes, et quelquefois même d'une cessation momentanée et complète des phénomènes paralytiques. Il est encore, pour le ramollissement cérébral, une autre circonstance accessoire qui concourt avec ces congestions, à imprimer ce caractère d'irrégularité et d'intermittence à la marche et à l'expression symptomatique de cette

affection, c'est la suffusion de la séreuse qui accompagne souvent le ramollissement. En résumé, ces irrégularités et ces alternatives dans la marche des symptômes, n'impliquent nullement contradiction à la loi que nous avons formulée ; car cette marche est, en somme, toujours croissante, et la terminaison du ramollissement constamment et inévitablement fatale.

» Les hémorrhagies cérébrales, au contraire, guérissent soit spontanément, soit par les secours de l'art, soit même malgré les moyens de l'art. » (Rostan, *Gazette des hôpitaux*, 9 août 1842.)

Un des caractères sur lesquels quelques auteurs, et en particulier M. Lallemand, ont le plus insisté, c'est la *contracture* qui ne manquerait jamais de se produire dans le ramollissement, et qui, au contraire, n'existerait pas dans l'hémorrhagie. Quand nous avons traité de cette dernière affection, nous avons à dessein omis de parler de la contracture, nous réservant de faire connaître ici les recherches de M. Durand sur ce point spécial. Voici comment s'exprime ce médecin :

« La contracture des membres, dans l'hémorrhagie cérébrale, est un phénomène qui a été jusqu'ici à peu près constamment négligé ou méconnu par les observateurs. Ainsi, simplement indiqué par M. Rochoux, on ne le trouve pas même mentionné dans les ouvrages de Portal, de MM. Moulin, Abercrombie, Andral... M. Lallemand paraît indiquer la flaccidité des membres comme constante dans l'hémorrhagie, et M. Gendrin a exprimé la même opinion d'une manière beaucoup plus absolue encore.

» La contracture des membres est cependant un phénomène fréquent dans l'hémorrhagie cérébrale, comme le prouveront les détails qui suivent.

» Lorsqu'une hémorrhagie se fait dans la pulpe cérébrale, deux choses peuvent arriver : ou le sang épanché demeure contenu dans un foyer creusé dans la substance cérébrale, ou bien il s'échappe par une déchirure de cette dernière, et se répand dans l'intérieur des ventricules ou à l'extérieur du cerveau, presque toujours alors, dans la grande cavité de l'arachnoïde. Il est difficile de préciser le rapport de fréquence qui existe entre ces diverses hémorrhagies. Celles qui se font avec rupture des foyers dans les ventricules ou au dehors du cerveau, sont, je le crois avec M. Foville, toujours mortelles. Les hémorrhagies que l'on pourrait appeler pulpeuses peuvent, au contraire, très bien guérir, ou au moins ne pas entraîner directement la mort ; mais certaines difficultés de diagnostic, sur lesquelles je n'ai pas à insister ici, font qu'il est difficile de tenir compte de ces derniers faits.

» Sur 31 cas d'hémorrhagies cérébrales observés par moi, il y a eu 18 fois rupture du foyer dans les ventricules, 8 fois dans les méninges, 5 fois seulement un épanchement circonscrit dans l'épaisseur. Sur les 19 premières observations de l'ouvrage de M. Rochoux, il n'y a que six cas d'hémorrhagie dans la pulpe cérébrale seule ; 8 fois le sang s'est épanché dans les ventricules, 5 fois au-dehors du cerveau. D'un autre côté, sur 10 cas d'hémorrhagies récentes rapportés par M. Andral dans sa *Clinique médicale*, 9 fois ce foyer avait son siége dans l'épaisseur des hémisphères ; une seule fois il s'était ouvert dans les ventricules.

» Avant d'aller plus loin, je dois dire que c'est à un de mes amis, M. E. Boudet, qu'appartient la première observation de l'importance de la contracture dans l'hémorrhagie cérébrale, et du rôle que joue ce phénomène dans cette maladie. C'est au passage suivant du mémoire de M. Boudet sur l'hémorrhagie des méninges que je dois d'avoir fixé mon attention sur ce sujet : « Toutes les fois, dit M. Boudet, que la pulpe cérébrale est affectée seule dans une hémorrhagie, tant qu'il ne se produit point d'inflammation autour du foyer, il ne se manifeste pas de contracture. Toutes les fois qu'à une lésion de la pulpe cérébrale, se joint une rupture des parois des ventricules et un épanchement de sang dans ces cavités ou à la surface du cerveau, il survient de la contracture ; cette proposition est, comme on va le voir, généralement vraie ; mais il ne faut pas l'émettre d'une façon trop absolue, car il s'y rencontre des exceptions ; commençons par étudier l'hémorrhagie avec rupture du foyer dans les ventricules, puis à l'extérieur du cerveau

» J'ai observé 18 cas d'hémorrhagie ventriculaire, il y eut 10 fois contracture des membres paralysés; 2 fois contracture du côté non paralysé, seul, 6 fois, simple résolution sans contracture. Sur 8 cas d'hémorrhagie, à l'extérieur du cerveau, il y a eu 6 fois contracture des membres paralysés, une fois contracture du côté non paralysé; une fois simple résolution.

» Cette contracture se montre sous des formes et à des époques très différentes. Quelquefois elle est énergique, et s'oppose même à l'extension ou à la flexion des membres contracturés ; d'autres fois elle consiste en une simple roideur plus ou moins prononcée des articulations, et que surmonte le plus léger effort. Dans certains cas, alors rares, elle se montre dès le début, et persiste jusqu'à la mort ou à peu près ; d'autres fois elle n'existe qu'au commencement ou apparaît seulement à une époque quelconque de la durée de la maladie : ce n'est souvent qu'un phénomène passager et que l'on ne constate qu'à l'aide d'une observation attentive et souvent répétée, ce qui explique comment il a souvent échappé aux observateurs. Il faudrait un nombre beaucoup plus grand d'observations pour connaître la fréquence proportionnelle de chacune de ces diverses circonstances ; je me contenterai d'en citer comme exemples quelques extraits de mes observations.

» I. Un homme de soixante-douze ans mourut, le sixième jour, d'hémorrhagie du lobe postérieur de l'hémisphère droit avec épanchement dans le ventricule latéral correspondant. La cloison et l'autre hémisphère étaient sains. Dès le commencement le bras gauche, le seul qui fût privé du mouvement volontaire, fut trouvé fortement contracturé : il paraît que dans la journée il survint des mouvements convulsifs généraux que je n'observai pas moi-même. Je trouve notée, les jours suivants, la persistance de la contracture, qui s'étendit même au membre non paralysé.

» II. Une femme de soixante-dix-huit ans mourut en trente-six heures d'une vaste hémorrhagie, remplissant les trois premiers ventricules ; avec ramollissement du corps calleux et des parois ventriculaires. Des circonvolutions du lobe antérieur gauche avaient en outre fourni une grande quantité de sang qui les infiltrait et s'était répandu dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

» J'arrivai près de cette femme au moment même de l'attaque ; le bras gauche était dans un état de contracture tel qu'il était impossible de l'étendre ; le bras droit présentait aussi de la roideur, mais à un moindre degré ; quelques minutes venaient de s'écouler lorsque je m'aperçus qu'à la contracture venait tout à coup de succéder une flaccidité absolue, et dès lors on n'observa plus aucune roideur.

» III. Un homme de soixante-huit ans fut frappé d'apoplexie et mourut au bout de huit heures. Les ventricules étaient tous remplis d'une énorme quantité de sang qui semblait venir des corps striés et des couches optiques en partie détruites.

» Au moment de l'attaque, les quatre membres étaient roides, et il fallait employer une grande force pour les fléchir ; la tête était fortement étendue sur la nuque. Une saignée fut pratiquée, et aussitôt à la contracture succéda une résolution complète des membres. Trois ou quatre heures après, il survint quelques mouvements convulsifs généraux et des soubresauts des tendons.

» Dans certains cas, il est possible de suivre, durant la vie, par la seule observation de la contracture, la marche et les progrès de l'épanchement dans le cerveau.

» IV. Une femme de quatre-vingt-six ans fut frappée d'hémiplégie à gauche, avec grande gêne de la parole et conservation de l'intelligence. Les membres paralysés étaient flasques. Six heures après, elle tomba tout à coup dans un coma profond. Je la revis au bout d'une heure, il y avait de la contracture et quelques mouvements convulsifs dans le bras droit : treize heures après le début, grande roideur dans les deux bras ; à la quinzième heure, la roideur avait fait place à une résolution générale, et la mort arriva au bout de trente-six heures. Le corps strié droit était profondément détruit par un foyer hémorrhagique largement ouvert dans le ventricule. Les quatre ventricules étaient pleins de sang.

» Il est infiniment probable qu'au début l'hémorrhagie était limitée au corps strié. Lorsque celui-ci se rompit, et que le sang s'épancha dans les ventricules, la malade eut comme une seconde attaque, et tomba dans le coma. La contracture se montra d'abord dans le bras non paralysé, puis dans les deux bras, puis fit place de nouveau à la résolution, comme il arrive presque toujours à la fin, peut-être par suite de l'accroissement de la compression du cerveau. »

M. Durand cite encore quelques autres faits et conclut ainsi :

« Pour ce qui est de l'hémorrhagie avec épanchement de sang dans les ventricules ou dans les méninges, on trouve assez souvent la contracture mentionnée dans les observations déjà publiées, souvent aussi ce phénomène n'est pas mentionné; il faut dire que presque jamais son absence n'est expressément constatée. Dans la plupart des observations, on s'est contenté d'indiquer la perte ou la diminution du mouvement volontaire sans entrer dans d'autres détails. Cela vient de ce que ne soupçonnant ni l'importance séméiologique, ni peut-être l'existence de ce phénomène, les observateurs ont négligé d'en parler, ou n'ont pas apporté à l'examen des membres paralysés toute l'attention qui est quelquefois nécessaire pour le reconnaître.

» Je crois cependant pouvoir conclure des observations qui m'appartiennent, et dont je viens de donner le résumé, et en modifiant un peu les propositions déjà émises par M. E. Boudet, que, dans l'hémorrhagie cérébrale, la contracture des membres paralysés accompagne presque constamment la rupture du foyer dans les ventricules ou dans les méninges;

» Que la contracture ne se montre que très rarement, à la suite des hémorrhagies limitées à l'épaisseur des hémisphères;

» Enfin que la contracture est un phénomène très fréquent dans l'hémorrhagie cérébrale. » (Durand-Fardel, *de la Contracture dans l'hémorrhagie cérébrale*, *Archives générales de médecine*, juillet, 1843, p. 300.)

Enfin, M. Durand-Fardel décrit ainsi l'ensemble des symptômes qui peuvent faire distinguer le ramollissement de l'hémorrhagie. On verra que ce médecin est loin d'envisager le diagnostic de la même manière que M. Rostan.

« Dans un très grand nombre de cas, le ramollissement débute par un anéantissement plus ou moins général, plus ou moins complet des facultés, par une attaque d'apoplexie.

» Cette forme symptomatique est très commune dans les maladies aiguës de l'encéphale. Sans parler de la congestion cérébrale, où elle porte le nom de coup de sang, l'hémorrhagie qui en est le type, elle se rencontre encore souvent dans l'hémorrhagie méningée, dans l'infiltration sanguine non inflammatoire du cerveau, dans les épanchements séreux, et même, bien que beaucoup plus rarement, dans la méningite purulente. Je ne m'arrêterai point ici à chacun de ces cas, il me suffit de les avoir indiqués, car c'est surtout à l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale qu'appartient leur rapprochement. Je me contenterai d'entrer dans quelques développements à propos du diagnostic de cette dernière et du ramollissement.

» L'étude comparative que nous allons entreprendre de ces deux affections doit porter et sur leur marche considérée en général, et sur quelques faits de détail pris parmi les phénomènes les plus saillants.

» Le ramollissement cérébral suit dans un grand nombre de cas une marche absolument semblable à celle qui caractérise l'apoplexie, dont le type a depuis si longtemps été popularisé par les auteurs classiques.

» Ce fait, déjà bien connu depuis plusieurs années (M. Rochoux est, je crois, un des premiers qui l'aient signalé), et dont je pense seulement avoir mieux démontré la fréquence, se peut aisément expliquer.

» Nous savons que les symptômes du début du ramollissement sont dus à la congestion qui le précède nécessairement. Par conséquent ils doivent être, et nous avons démontré qu'ils sont en effet tout à fait semblables à ceux de la congestion cérébrale elle-même. Or, on sait également qu'il existe une forme de la congestion qui simule parfaitement une hémorrhagie, et nous avons fait voir que l'on ne pouvait attribuer à la présence ou à l'absence d'hé-

miplégie l'importance qu'y ont attachée plusieurs personnes pour la distinction de ces deux affections.

» Cette identité d'expression symptomatique tient à la compression également exercée sur la substance cérébrale par un afflux de sang considérable, que ce dernier demeure dans l'intérieur des vaisseaux ou qu'il s'épanche en foyer dans la pulpe cérébrale; car il n'est pas nécessaire, pour qu'il se produise des phénomènes de compression, de la paralysie et une paralysie partielle, que la substance cérébrale soit elle-même intéressée, comme l'avait prétendu M. Serres. Je n'en veux d'autre preuve, entre tant d'exemples divers, que les faits d'hémorrhagie de l'arachnoïde accompagnés d'hémiplégie.

» La marche subséquente du ramollissement et de l'hémorrhagie nous fournira-t-elle des données plus propres à éclairer le diagnostic?

« Dans un certain nombre de cas, dit » M. Cruveilhier, l'invasion des diverses » espèces de ramollissement est tout aussi » subite que l'invasion de l'apoplexie avec » foyer, et les symptômes assez peu dis- » semblables pour qu'il y ait doute depuis » le premier moment de l'apparition de la » maladie jusqu'à sa terminaison. »

» *A priori*, l'on a établi que le ramollissement devait se distinguer de l'hémorrhagie à ceci, que dans cette dernière les symptômes acquéraient dès le principe leur maximum d'intensité, tandis que dans le ramollissement ils n'y arrivaient que par degrés. Cette loi, vraie pour un certain nombre de cas seulement, rappelle celle que J. L. Petit avait posée, mais plus heureusement, pour le diagnostic de la commotion et de la compression du cerveau, à la suite des plaies de tête.

» Mais, nous l'avons déjà dit, lorsqu'une congestion générale s'est faite brusquement, et qu'un ramollissement partiel se forme, tandis que le malade est encore sous le coup de cette congestion, tantôt la mort arrive avant que cette dernière soit dissipée, et les symptômes propres au ramollissement auront été marqués par elle; tantôt la mort surviendra plus tard, et aux symptômes généraux de la congestion succéderont les symptômes partiels du ramollissement; et, dans ce dernier cas surtout, on croira à l'existence d'une hémorrhagie, que cette diminution successive des accidents aura parfaitement simulée.

» On a attaché une grande importance aux phénomènes précurseurs dans le ramollissement, et c'est spécialement sur leur absence ou leur présence qu'a été fondé le diagnostic différentiel de l'hémorrhagie du ramollissement. J'ai déjà traité cette question avec détail, et j'ai insisté sur la distinction qu'il fallait faire des symptômes précurseurs proprement dits, et de ceux bien autrement caractéristiques qui appartiennent au début de la maladie. L'erreur dans laquelle on est tombé à ce sujet vient de ce que l'on a surtout envisagé des cas où le ramollissement, suivant dès le principe une marche chronique progressive, n'avait acquis que peu à peu les caractères qui sont propres à cette maladie; de sorte que, au moment où l'on voyait apparaître ces derniers, on prenait pour des prodromes, pour des phénomènes précurseurs, ce qui n'était que le premier degré, que la période première de la maladie elle-même.

» Quant au ramollissement aigu, il en est autrement, comme nous l'avons vu dans le plus grand nombre des cas, et je ne suis pas éloigné de croire que la règle établie pourrait être retournée, et que les prodromes se montrent plus souvent avant l'hémorrhagie. Cependant, je n'avance ceci qu'avec réserve, car c'est précisément un des points que les observations éclairent le plus difficilement.

» Notons d'abord que dans ces deux cas les prodromes n'ont généralement pas de caractère spécial, et qu'ils consistent simplement en des signes de congestion cérébrale, se montrant plus ou moins graves et à des espaces plus ou moins rapprochés, mais toujours passagers. Or, nous avons vu que le ramollissement aigu, dans sa forme apoplectique, avait essentiellement un caractère d'instantanéité, puisqu'il se développait consécutivement à une congestion, et que l'instantanéité est elle-même un des caractères de la congestion aiguë. Dans les autres formes, le ramollissement, s'il n'offre plus cette brusquerie dans son développement, suit au moins une marche analogue à celle des maladies aiguës dans les autres organes. L'existence de pro-

dromes semble donc bien plutôt étrangère au caractère de cette affection que nécessaire à son développement.

» Voici seulement ce que l'on peut observer :

» Il est certain qu'une congestion au cerveau prédispose à d'autres congestions, et qu'un individu, âgé surtout, étant donné atteint d'une congestion cérébrale (développée toutefois hors de toute cause externe), il y aura toute probabilité pour qu'il ait eu déjà ou qu'il ait plus tard d'autres congestions cérébrales.

» Ceci me paraît un fait incontestable.

» Or, comme une première congestion n'est pas toujours assez intense pour donner lieu à un ramollissement, il arrivera fort souvent qu'un individu affecté de ramollissement ait éprouvé déjà une ou plusieurs atteintes de congestion cérébrale.

» Mais ce ne sont pas là réellement des prodromes de ramollissement.

» En effet, voyons comment les choses se passent dans l'hémorrhagie. De deux choses l'une : ou l'hémorrhagie cérébrale reconnaît pour cause essentielle une altération primitive et moléculaire de la pulpe cérébrale, ou elle se développe dans un tissu tout à fait sain, et dans ce dernier cas, la congestion est assurément son élément essentiel. Eh bien, dans ces deux cas, je dis qu'il y a au moins autant de raisons pour que des prodromes précèdent l'invasion de la maladie que dans le ramollissement.

» Car, s'il y a une altération primitive, hémorrhagipare, quelle que soit sa nature, quelque progressif que puisse être son développement, il se fera rarement sans que quelques signes légers au moins témoignent de son existence. D'une autre part, si une altération semblable ne préexiste pas, il est probable que ce ne sera guère qu'après plusieurs atteintes répétées, qu'une congestion deviendra capable de surmonter la résistance des vaisseaux et du tissu cérébral, et de les déchirer dans un effort hémorrhagique.

» Or, ceci est parfaitement d'accord avec les faits. « Il est rare, dit M. Gendrin, que les hémorrhagies encéphaliques se manifestent sans avoir été précédées de prodromes. L'assertion contraire vient de ce que l'on s'est trop exclusivement arrêté aux faits recueillis dans les hôpitaux, sur une classe de personnes habituées à négliger beaucoup de symptômes, de dérangements de santé et à en mal rendre compte.» La plupart des auteurs se sont étendus avec complaisance sur les divers prodromes de l'apoplexie, et M. Rochoux est presque le seul qui refuse de les admettre comme le cas le plus ordinaire.

» D'ailleurs, cette influence de congestions antérieures sur la production de l'hémorrhagie cérébrale, démontrée par l'observation directe, est encore prouvée par une foule de faits pris dans l'histoire de cette maladie. Ainsi, sa fréquence chez les ivrognes, sa rareté à la suite des lésions traumatiques de la tête, son absence presque absolue chez les petits enfants, tandis qu'elle est si commune dans un âge avancé, etc.

» Maintenant, que l'on consulte les observations de ramollissement aigu de M. Rostan et les nôtres, et l'on verra qu'il en est un bon nombre dans lesquelles l'absence de tout prodrome ne saurait faire le sujet d'aucun doute.

» Quant à l'attaque elle-même, elle est ordinairement tout à fait subite ; cependant je l'ai vue plus souvent dans l'hémorrhagie que dans le ramollissement précédée de malaises, de signes légers de congestion, quelques heures avant le début. Ces signes précurseurs de l'hémorrhagie cérébrale ne présentent-ils pas le *molimen hemorrhagicum* des auteurs ?

» Si dans la forme du ramollissement, franchement apoplectique, à laquelle nous faisons allusion, la marche de la maladie peut être absolument semblable, à celle de l'hémorrhagie ; si, dans ces deux affections, le début peut être également subit, précédé ou non de prodromes immédiats ou de signes précurseurs éloignés ; si, dans toutes deux également, après une invasion rapide et comme foudroyante, les symptômes peuvent subir une certaine rémission, ou, au contraire, conserver leur gravité jusqu'à une mort prochaine, chercherons-nous, dans chacun de ces derniers en particulier, des données qui puissent nous éclairer plus sûrement dans ce diagnostic ? Reprendrons-nous successivement chacun des phénomènes séméiologiques que nous venons d'étudier tout à

l'heure, pour les comparer aux phénomènes analogues observés dans l'hémorrhagie? Non, sans doute : car les diverses nuances et les combinaisons variées des symptômes qui les peuvent accompagner présentent à la fois tant de ressemblance dans les deux maladies, tant de variétés chez chaque individu, que je n'hésite pas à avancer que leur comparaison ne saurait nous fournir aucune ressource pour éclairer ce diagnostic.

» Exceptons-en toutefois les mouvements convulsifs qui surviendraient à la suite d'une attaque apoplectiforme; mais si c'était à une époque un peu éloignée du début, ils pourraient tenir au développement d'un ramollissement consécutif, à l'entour d'un foyer hémorrhagique.

» Il faut l'avouer avec regret, les règles que, sur la foi de quelques auteurs modernes, on avait admises pour le diagnostic du ramollissement et de l'hémorrhagie, sont la plupart imaginaires, ou au moins ne sauraient trouver leur application dans le plus grand nombre des cas. Les faits se multiplient chaque jour pour démontrer qu'au lieu de s'efforcer inutilement de séparer des formes symptomatiques en tout point identiques, il valait mieux remonter à leur point de départ, admettre franchement leur identité pour en étudier la raison, et chercher si l'on serait plus heureux sur le terrain de la pathogénie que sur celui du diagnostic. C'est ce que j'ai tenté en démontrant que les symptômes du début du ramollissement appartenaient à la congestion, c'est-à-dire à une affection qui peut simuler parfaitement une hémorrhagie par suite de la compression qu'exerce indifféremment le sang, qu'il s'amasse au dedans ou au dehors des vaisseaux.

» Il se rencontre bien certaines circonstances qui sont plus particulières à quelqu'une des deux affections que nous cherchons à comparer; mais, ou elles n'ont point de valeur absolue, ou elles sont d'une observation difficile et se rencontrent rarement. Ainsi, il est certain que la conservation de la connaissance avec une hémiplégie subite et complète, est une présomption en faveur du ramollissement, mais une présomption seulement, car il ne serait pas exact de dire avec M. Trousseau que « la conservation de l'intelligence, au moment de l'attaque, exclut toute idée de congestion ou d'hémorrhagie. » La onzième observation de M. Andral et la vingt-cinquième de M. Rochoux fournissent des exemples d'hémorrhagie cérébrale avec conservation de l'intelligence au début des accidents.

» Quelquefois, dans le commencement d'une attaque d'apoplexie intense, avec hémiplégie, on voit survenir de petits mouvements et même un mouvement unique dans un de membres qui venaient d'offrir l'apparence d'une paralysie complète : je crois que l'on peut alors diagnostiquer un ramollissement, car j'ai rencontré plusieurs fois cette circonstance dans ce dernier, et je ne pense pas qu'elle ait jamais été observée dans l'hémorrhagie, ce qui s'explique par ce fait, que la compression exercée par l'épanchement de l'hémorrhagie est plus complète et plus irrémissible que celle produite par la congestion du ramollissement.

» M. Cruveilhier a fait une observation analogue. « Dans les ramollissements, dit-il, en énumérant les circonstances qui peuvent servir à le distinguer de l'hémorrhagie, les symptômes présentent des oscillations. Le matin, vous voyez le malade complétement paralysé d'un membre, le soir il le remue. » Mais il s'en faut que cela s'observe fréquemment.

» Nous avons vu précédemment que l'on ne pouvait tirer aucun parti de l'état des pupilles, pour le diagnostic qui nous occupe.

» L'état de la sensibilité cutanée pourra-t-il nous offrir quelques lumières? Suivant M. Récamier, cité par le rédacteur du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, il y aurait ordinairement ramollissement, quand il y aurait résolution complète du membre et perte subite de la motilité, sans diminution et même avec exaltation de la sensibilité dans la partie privée de mouvement, sans altération notable de l'intelligence; il y aurait hémorrhagie toutes les fois qu'il y aurait perte simultanée de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence.

» Les observations précédentes ont fait voir que les attaques les plus foudroyantes, les plus complètes, pouvaient fort bien résulter d'un ramollissement. L'exaltation de

la sensibilité est fort justement mise par M. Récamier au nombre des signes caractéristiques du ramollissement. Il est certain que, chez un individu venant d'avoir une attaque apoplectique, la présence de douleurs spontanées dans les membres paralysés ou l'exaltation de la sensibilité de la peau, feront diagnostiquer avec certitude cette maladie. Mais ces phénomènes s'observent bien rarement dans la forme de ramollissement qui nous occupe; ils appartiennent presque exclusivement au ramollissement qui débute graduellement ou s'annonce sous la forme ataxique.

» La simple observation de la sensibilité cutanée dans les membres privés de mouvement peut-elle au moins servir, comme le dit M. Récamier, à distinguer le ramollissement de l'hémorrhagie? Les relevés suivants nous apprennent que cette circonstance est tout à fait sans valeur.

» J'ai dit précédemment que, sur vingt-deux cas de paralysie dans le ramollissement, nous avions trouvé neuf fois seulement la sensibilité intacte. J'ai ajouté que la diminution de la sensibilité m'avait généralement paru en rapport avec l'obtusion du mouvement et de l'intelligence. M. Lallemand a vu également que la paralysie de la peau suivait, en général, la même progression que celle des muscles, mais avec cette différence qu'elle commençait plus tard et paraissait moins intense, au moins pendant très longtemps. Ces remarques sont vraies, mais pour toutes les maladies cérébrales qui peuvent s'accompagner d'anesthésie, et non pas seulement pour le ramollissement.

» M. Rostan, sur dix cas de ramollissement aigu où il a noté l'état de la sensibilité, l'a trouvée intacte cinq fois; abolie ou très obtuse cinq fois. On trouve l'état de la sensibilité au début de la maladie indiqué dans dix-huit des observations de M. Andral; elle était conservée six fois seulement, abolie ou très obtuse douze fois.

» J'ai voulu comparer ces résultats à ceux que donnerait l'examen des faits d'hémorrhagie cérébrale; mais l'état de la sensibilité est noté dans un si petit nombre d'observations dans les ouvrages de MM. Rochoux, Andral, Rostan, Abercrombie, etc., que j'ai dû me contenter de mes propres observations. J'ai noté avec soin l'état de la sensibilité vingt et une fois : je la trouve abolie onze fois, conservée ou très légèrement obtuse dix fois.

» L'abolition ou la conservation de la sensibilité cutanée ne peut donc en aucune façon servir à distinguer le ramollissement de l'hémorrhagie. » (Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 185.)

Nous terminerons ce qui est relatif au diagnostic du ramollissement et de l'hémorrhagie, par un exemple qui montrera jusqu'à quel point cette partie de la science laisse encore à désirer. Voici ce que M. Chomel disait à ses élèves dans sa clinique du mois de septembre 1844:

« Au n° 34 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme de quarante-cinq ans, blanchisseuse, habituellement bien portante, non réglée depuis six mois. A partir de cette époque, elle devint sujette à de la céphalalgie; elle éprouva dans le bras droit des fourmillements. En même temps, palpitations assez fréquentes; il n'est pas rare d'observer ces phénomènes chez les femmes parvenues à l'âge que l'on appelle l'âge critique ou de retour, et chez lesquelles la menstruation vient de cesser. Il y a quelque temps, après avoir fait une course peu longue, elle n'avait guère marché que pendant dix minutes, elle éprouve un étourdissement, et tombe à terre sans perdre connaissance. Ce n'est qu'après un quart d'heure environ qu'elle parvint, à force de tentatives, à se relever et à continuer sa route. Mais elle s'aperçoit alors que son bras droit est complétement paralysé, et ne peut plus lui servir. Il était alors quatre heures du matin. Elle cherche à revenir chez elle. Ce n'est qu'après une demi-heure d'efforts et de chutes successives qu'elle parvient à rentrer dans sa demeure. Elle nous affirme de la manière la plus positive n'avoir pas perdu connaissance un seul instant.

» En même temps qu'il y eut paralysie incomplète, il y eut des douleurs très vives dans la tête, douleurs qui persistent encore assez fortes au moment actuel. Cependant nous devons noter qu'il y a un contraste bien frappant entre les expressions qu'elle emploie, la manière tranquille dont elle s'exprime, et l'intensité de la douleur qu'elle accuse. Il y a cinq jours environ

qu'elle a éprouvé ces accidents. Depuis cette époque, aucune douleur ne se fait sentir dans le côté droit du corps. La sensibilité est également conservée des deux côtés. Il n'existe pas de douleurs spontanées dans le côté affecté, mais seulement une sensation de lourdeur de tête et de céphalalgie. Telles étaient les circonstances dans lesquelles cette malade nous est arrivée.

» Le pouls donnait 64-68 par minute seulement. L'intelligence, même à l'état normal, paraît n'être pas très développée chez cette femme, bien qu'elle soit libre et qu'il n'existe aucune trace de délire. Lorsqu'on l'interroge pour savoir quel était l'état de sa sensibilité lors de l'accident, il est à peu près impossible d'obtenir des détails bien distincts et bien positifs. L'affection dont elle est atteinte persistant depuis cinq jours, on ne peut douter qu'il n'y ait une lésion matérielle du cerveau, siégeant dans le côté gauche de l'encéphale. Mais ce n'est pas tout que d'être certain de l'existence d'une lésion; on doit se demander quelle est la nature, quel est le siége de l'altération pathologique. Il n'y a jamais que deux espèces d'altérations qui puissent donner lieu à des accidents de cette nature, l'hémorrhagie et le ramollissement.

» L'instantanéité de l'accident, la possibilité où s'est trouvée la malade ce jour-là de se lever à quatre heures du matin, de se rendre à son travail, prouvent que l'attaque a été soudaine; or, cette rapidité appartient plutôt à l'action de l'hémorrhagie qu'à celle du ramollissement.

» D'autre part, lorsqu'il y a hémorrhagie, il y a perte au moins momentanée de connaissance. Il y a perturbation assez marquée de l'intelligence. Chez notre malade, il n'y a pas eu de perte de connaissance. Telle n'a pas été la lésion du cerveau, à ce que l'on pourrait croire.

» Depuis longtemps, nous a-t-elle dit, elle est sujette à de la céphalalgie; ce phénomène peut être un signe de pléthore qui aurait précédé l'hémorrhagie; mais, de plus, il y avait des fourmillements dans le membre supérieur droit, et ce symptôme appartient bien plutôt au ramollissement qu'à l'hémorrhagie. La douleur de tête n'est pas bornée à un seul côté, elle semble être générale. Si elle occupait seulement le côté gauche, côté dans lequel doit manifestement exister la lésion qui a produit les troubles fonctionnels que nous vous avons décrits, elle constituerait un indice beaucoup plus significatif, en ce sens qu'il annoncerait un travail existant déjà depuis quelque temps dans l'hémisphère cérébral opposé à la lésion. Cependant la persistance de cette céphalalgie et des fourmillements accusés par la malade est de nature à rendre plus probable l'existence d'un ramollissement que celle d'une hémorrhagie.

» Le bras droit n'a présenté à aucun moment ni roideur, ni contracture, phénomènes notés par M. Lallemand comme signes essentiels et caractéristiques du ramollissement. Selon un auteur récent, la contracture n'appartient pas au ramollissement du cerveau, en propre et d'une manière spéciale. Quant à la diminution de sensibilité, elle appartient également aux deux affections; cette fonction peut être conservée à son degré normal, et n'être dans certains cas nullement intéressée. Quelquefois il survient des douleurs dans les parties paralysées, mais ici il n'y en a aucune trace. Tout porte à regarder comme probable le ramollissement du cerveau.

» La malade a été saignée deux fois; en raison du peu de dureté et de fréquence du pouls, on a prescrit une application de sangsues derrière l'oreille gauche, un purgatif, des compresses froides sur la tête. La bouteille d'eau de Sedlitz qui avait été administrée hier n'a rien produit. Souvent il arrive que dans les affections cérébrales il faut augmenter la dose et la force du purgatif, l'intestin se trouvant en quelque sorte plus paresseux qu'à l'état normal. Nous avons prescrit un lavement composé d'une décoction de séné. D'après la marche de la maladie, nous avons quelque chance d'obtenir, non la guérison complète, mais un amendement notable, et nous avons quelque espoir d'enrayer la maladie. L'absence de tout mouvement fébrile, le peu d'intensité des accidents, nous confirment dans cette espérance. Le seul symptôme qui persiste maintenant encore, c'est une paralysie incomplète du mouvement du côté droit, qui, peut-être avec le temps,

pourra se dissiper ou diminuer. » (Chomel, *Leçons orales*, *Gazette des hôpitaux*, 1er octobre 1844.)

Après avoir porté ce diagnostic et ce pronostic, M. Chomel, quelques jours plus tard, prouvait à ses élèves combien peu l'on devait avoir de confiance dans l'un et dans l'autre.

« Nous avons, dans un article précédent (voir le numéro du 1er octobre), longuement insisté sur l'histoire d'une femme couchée au n° 34 de la salle Saint-Bernard, atteinte d'une affection chronique de l'encéphale, que, d'après l'ensemble des phénomènes, nous avons cru devoir rapporter à un ramollissement. Pendant les derniers moments du séjour de la malade dans nos salles, des phénomènes d'acuité sont survenus; à l'amélioration qui s'était d'abord manifestée ont succédé des accidents remarquables; deux attaques nouvelles ont été accompagnées de mouvements convulsifs et de roideur dans les muscles de la mâchoire inférieure, roideur qui n'existait point dans les autres parties du corps. Le pouls est devenu beaucoup plus fréquent, et cette circonstance nous a fait porter un pronostic excessivement grave. Toutes les fois qu'à la suite d'accidents que l'on peut attribuer à une hémorrhagie cérébrale ou à un ramollissement, il survient un mouvement fébrile très prononcé, le cas est très grave, car ces phénomènes sont l'indice d'un travail inflammatoire. La malade a succombé, et voici ce que nous avons constaté à l'autopsie.

» Nous avons d'abord rencontré un phénomène curieux, consistant en une accumulation de petits caillots de sang dans la pie-mère de la base du cerveau et dans celle qui se prolonge sur la moelle épinière, ainsi enveloppée d'une couche de sang noir. Il était important de connaître la cause de cet épanchement. Nous avons coupé le cerveau par tranches très minces, et voici ce que nous avons trouvé : dans un point d'un centimètre environ d'étendue en carré, le cerveau présente une teinte brune à la partie postérieure de la couche optique; ce point brunâtre ayant été incisé, on a trouvé dans la substance cérébrale un caillot apoplectique dont la teinte, commençant à tirer sur le jaunâtre, annonçait que l'hémorrhagie datait déjà de quelque temps. L'épanchement sanguin a pu être suivi jusqu'à la surface du cerveau. Ainsi une hémorrhagie s'est faite dans la couche optique droite, et à une distance assez peu considérable de la surface de la base du cerveau pour que, la substance cérébrale s'étant déchirée, le sang se soit épanché à la base de l'organe et dans les mailles de la pie-mère, autour de la moelle épinière.

» A l'époque de l'accident, le caillot était sans doute renfermé dans la couche optique. Ç'a été probablement au moment où l'on a noté le trismus, que le sang a passé sur la moelle allongée et sur la moelle épinière. Il est naturel de penser que là où a eu lieu l'épanchement hémorrhagique, il y avait eu déjà une altération du cerveau et peut-être un ramollissement de la substance nerveuse. Ce qu'il y a d'évident, c'est d'une part le caillot formé dans la couche optique qui correspond au côté paralysé, puis le passage du sang dans les mailles de la pie-mère, entraînant secondairement, tout l'indique du moins, le trismus que l'on a observé chez cette femme.

» Dans une précédente leçon nous avons déduit longuement les raisons qui nous portaient à penser que nous avions affaire à un ramollissement plutôt qu'à une hémorrhagie. Nous avions fait, nous l'avouons franchement, une erreur de diagnostic.

» Ce cas vient à l'appui de l'assertion que nous avions émise dernièrement sur la difficulté que l'on éprouve quelquefois à différencier le ramollissement de l'hémorrhagie cérébrale, malgré l'examen le plus attentif et l'appréciation la plus scrupuleuse de la valeur des symptômes fonctionnels dont l'appareil encéphalique peut être le siége. » (Chomel, *Leçons orales*, *Gazette des hôpitaux*, 10 octobre 1844.)

Apoplexie séreuse et méningée. — On se rappelle que ces formes d'apoplexie seraient surtout caractérisées par l'absence de paralysie, par l'affaiblissement et non la perversion des facultés intellectuelles, en un mot par des phénomènes de *compression*, laquelle *affaiblit* mais ne pervertit pas les fonctions; par conséquent, elle ne produit point de contracture, de délire, de paralysie circonscrite, etc., tous phéno-

mènes que l'on observe ensemble ou séparément dans le ramollissement.

La plupart des auteurs, ayant confondu l'encéphalite locale avec le ramollissement, n'ont pas nécessairement cherché à faire le diagnostic de ces deux affections ; parmi ceux qui n'en admettent pas l'identité, presque tous aussi ont passé ce diagnostic sous silence. M. Rostan a seulement dit ces quelques mots dans ses *Leçons orales*, car dans son livre il n'est pas question de l'objet qui nous occupe.

« L'encéphalite locale pourrait quelquefois être confondue avec le ramollissement ou l'hémorrhagie cérébrale. Cette confusion est au moins possible si l'on ne tient compte que des symptômes locaux. Tel est le cas d'un enfant actuellement dans le service de M. Rostan, et qui présente des symptômes qui ont la plus grande ressemblance avec ceux de l'hémorrhagie ou du ramollissement. L'état fébrile et les symptômes de réaction générale ont seuls permis de diagnostiquer une inflammation partielle du cerveau. La fièvre est, dans des cas de ce genre, le seul signe distinctif. Les maladies chroniques du cerveau dépendant d'une altération générale de cet organe sont, en général, assez aisées à diagnostiquer. Un état comateux succédant à des convulsions, à de la douleur de tête, à des fourmillements des membres et de la gêne dans les mouvements, ne permet pas de doutes à cet égard. » (Rostan, *Leçons cliniques*, *Gaz. des hôp.* 9 août 1842.)

On verra, par l'exemple remarquable d'encéphalite chronique que nous rapporterons plus loin combien ce diagnostic laisse à désirer quant au ramollissement chronique ; quant au ramollissement aigu, il n'en est pas question.

Méningite.—Dans une des formes aiguës de ramollissement, à laquelle on a donné le nom d'*ataxique*, la physionomie de la maladie ressemble tellement à celle de ce qu'on a décrit sous le nom de *méningite*, qu'il est souvent assez difficile de ne pas commettre une erreur.

Dans les cas où le ramollissement s'annonce seulement par du délire, ce symptôme étant quelquefois le seul que fournisse l'arachnitis, il est à peu près impossible d'établir un diagnostic. Dans ces cas, rares d'ailleurs, surtout si l'on ne confond pas ensemble le ramollissement blanc et l'encéphalite, on a pensé que les phénomènes généraux de réaction étaient plus intenses dans la méningite que dans le ramollissement ; M. Durand pense aussi que le délire lui-même est plus bruyant, plus loquace, plus furieux dans la méningite que dans le ramollissement ; il en serait de même, suivant lui, de la céphalalgie, de la photophobie, lorsque ces phénomènes existent. Nous citerons tout à l'heure un fait qui prouve que si cette manière de voir est vraie généralement, elle souffre au moins quelques exceptions.

Chez les vieillards, le diagnostic serait assez facile suivant M. Durand, parce que l'on ne rencontre presque jamais chez eux de méningite. Ce ne serait pas là un diagnostic positif, mais de probabilité.

Les convulsions, la contracture, le tremblement musculaire, les douleurs dans les membres, l'affaiblissement du mouvement même se montrent assez souvent dans la méningite pour qu'ils ne puissent être un signe distinctif de ramollissement ; les deux derniers symptômes cependant sont beaucoup plus propres au ramollissement qu'à la méningite.

Ces phénomènes acquièrent une grande valeur si, au lieu d'être généraux, comme cela s'observe à peu près toujours dans la méningite, ils sont localisés, comme on le voit ordinairement dans le ramollissement. La céphalalgie elle-même, suivant plusieurs auteurs, serait générale dans la méningite et localisée à un côté de la tête dans le ramollissement. M. Andral n'a trouvé que deux exceptions à cette règle.

Lorsqu'il y a, à la fois, méningite et ramollissement, toutes les combinaisons diagnostiques sont impuissantes, et l'on est réduit à des suppositions que le hasard seul peut rendre vraies.

Nous terminerons ce qui est relatif à la méningite par un des cas les plus remarquables de ramollissement qui aient encore été observés. Le diagnostic, dans ce cas, fut porté avec précision ; mais on verra le mérite que l'auteur lui-même attache à ce diagnostic. Cette observation est due à M. de Castelnau.

Obs. *Céphalalgie qui devient promptement intense; agitation; altération de l'intelligence; roideur probable des muscles de l'épine; vomissements passagers; fièvre vers le dix-septième jour; coma à la période ultime de la maladie; mort vers le vingtième jour. Ramollissement blanc de la voûte à trois piliers.*

« Laborie, vingt ans, domestique, d'une taille ordinaire, cheveux noirs, yeux noirs, peau un peu brune, système musculaire médiocrement développé, embonpoint médiocre, entrée le 27 janvier 1842.

» Cette jeune fille, d'une bonne santé habituelle, n'a fait d'autre maladie qui l'ait forcée de garder le lit qu'une, dont le début remonte à cinq mois, et qu'elle ne peut caractériser autrement qu'en disant qu'elle avait de la fièvre et mal partout; cette maladie se prolongea pendant trois mois; après ce temps, elle put se promener, ses forces revinrent; elle se trouvait bien guérie et avait repris ses occupations, lorsqu'il y a huit jours elle commença à éprouver des douleurs à l'épigastre, et surtout à la tête. Ces douleurs, celles de la tête surtout, ont promptement augmenté au point d'empêcher tout travail et bientôt tout sommeil.

» Janvier, 28. Douleurs assez vives à l'épigastre, augmentant à la pression; abdomen rond un peu développé, point sensible à la pression; point de selles depuis trois ou quatre jours, point de taches lenticulaires, point de gargouillement dans la fosse iléo-cœcale ni ailleurs; langue jaune-verdâtre, humide; appétit nul, peu de soif. Douleur de tête violente avec exaspérations qui reviennent par accès et déterminent alors des cris aigus ou des gémissements; cette douleur ne paraît point avoir de siége précis; elle est continue et empêche complétement le sommeil; point de délire ni de rêvasseries; la malade répond aux questions qu'on lui adresse, mais sans faire toujours bien attention à ce qu'elle dit, et comme si ces questions la fatiguaient. Thorax notablement affaissé du côté gauche; de ce côté, son obscur dans toute la hauteur en avant, en arrière, et latéralement; partout aussi respiration très faible; il n'y a sur ce côté de la poitrine aucune trace de ventouses, de sangsues, ni de vésicatoires. A droite, respiration bonne, et sonorité normale en avant et en arrière. Les règles ont paru il y a trois jours, à l'époque régulière; elles continuent de couler à peu près normalement.

» 29. Même état, chaleur médiocre de la peau; pouls peu fréquent; rien du côté du ventre; pas de garde-robe; inappétence complète. Même prescription : un verre d'eau de Sedlitz de demi-heure en demi-heure.

» 30. Hier au soir, quatre garde-robes; pas de changement dans les douleurs de la tête et de l'estomac; toujours gémissements et quelquefois cris aigus; peau de chaleur normale; pouls à 64 peu développé; respiration à 50 environ. Cette fréquence vient de l'agitation de la malade; car lorsqu'elle reste calme pendant un instant, la respiration devient aussitôt plus lente; point de toux ni d'expectoration; peu de douleur de côté; même état de l'auscultation; point de râle, même lorsqu'on fait tousser la malade; rien du côté du ventre, même à la pression. 20 sangsues sur le côté gauche; vésicatoire à la partie interne de chaque cuisse au-dessus des genoux; chiendent et sirop avec acétate de potasse, 2 gr., 2 pots.

» Janvier, 31. Les sangsues ont médiocrement saigné. Ce matin, à peu près même état; toujours de l'agitation; cette nuit, il y en a surtout eu beaucoup; même gémissement. La douleur semble occuper indifféremment toute la tête; la malade répond toujours aux questions, mais tantôt comme si elle était distraite, tantôt comme si ces questions l'ennuiaient. Les pupilles sont contractiles, normales; motilité et sensibilité paraissant partout normales; cependant, lorsqu'on met la malade sur son séant pour l'ausculter, on a une assez grande difficulté à la maintenir dans cette position; elle paraît alors souffrir davantage et fait des efforts pour se coucher; mais lors même qu'elle ne fait pas d'efforts, il y a toujours une grande tendance au décubitus dorsal, et il faut une assez grande force pour retenir la malade. Même état de l'auscultation et de la percussion, point de douleur de côté, point de toux, point d'expectoration; pas de météorisme, pas de taches lenticulaires, point de douleur à la pression de la région iléo-cœcale; con-

stipation. Joues colorées ; expression de la physionomie bonne; pas de chaleur à la peau ; langue humide ; peu de soif ; pas d'appétit ; pouls à 64, régulier, de force ordinaire. Chiendent, acétate de potasse, 2 gr., 16 sangsues aux oreilles, emplâtre de diachylon sur le côté gauche du thorax, diète.

» Février, 1er. Les règles qui avaient continué à couler, quoique peu abondamment, se sont arrêtées presque entièrement ; quelques gouttes de sang seulement ont paru depuis hier ; faiblesse considérable. La malade a une répugnance extrême pour toute espèce de mouvement qu'on lui imprime ; elle résiste toujours beaucoup lorsqu'on l'asseoit sur son lit, et fait des efforts pour se recoucher ; le décubitus est toujours exclusivement dorsal. La nuit, il y a eu un peu moins de gémissements que les nuits précédentes, un peu moins d'agitation aussi ; langue médiocrement humide, bien tirée ; point de taches lenticulaires ni de sudamina ; point de météorisme ; un peu de gargouillement passager à la région iléo-cœcale droite ; une selle la nuit. Même état de la respiration ; en avant et à gauche, son très mat depuis la partie inférieure du thorax jusqu'à deux pouces et demi au-dessous de la clavicule ; battements du cœur forts à la main et à l'oreille ; on les entend encore assez fortement à la partie postérieure gauche du thorax ; à droite, tant en avant qu'en arrière, respiration vésiculaire forte. Pupilles larges, contractiles ; membres à l'état normal. Chaleur de la peau toujours normale ; pas de soif ; la malade demande quelque chose à manger ; pouls un peu faible ; sec, à 68. Chiendent, acétate de potasse, 2 gr. ; nouvel emplâtre de diachylon plus grand ; diète.

» Février, 2. Même céphalalgie et même douleur à l'épigastre ; même état qu'hier sous le rapport des gémissements et de l'agitation ; deux vomissements hier de matières incolores légèrement verdâtres ; pas de garde-robe ; même état de l'abdomen ; mêmes phénomènes d'auscultation et de percussion ; langue médiocrement humide, sans enduit villeux. Pouls à 72 assez fort ; peau de chaleur normale ; figure bonne, exprimant seulement la mauvaise humeur. Chiendent, acétate de potasse, 2 gram. ; potion gommeuse ; lavements sav. ; cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs ; diète.

» Soir, le 2. Les gémissements se sont renouvelés plus fréquents ; de temps en temps cris perçants très forts ; de temps en temps aussi délire bruyant venant comme par accès ; les réponses sont justes, mais difficiles à obtenir et données avec mauvaise humeur. Les cris semblent déterminés par les douleurs qui viennent aussi par accès. Un nouveau vomissement depuis ce matin ; la malade ne donne que peu ou point de signes de douleur à la pression de la région épigastrique. Pouls à 70 de même caractère que le matin ; peau de chaleur normale.

» 3. Même état du thorax et de l'abdomen ; cependant la percussion semble plus sonore à gauche ; langue humide, à peine blanchâtre, villeuse ; depuis dix heures du soir, pas de cris ni d'agitation ; toujours même résistance quand on asseoit la malade pour l'ausculter. Rien de nouveau dans la chaleur ni dans l'état de la sensibilité. Pouls à 64 ; même état de l'intelligence. Même prescription.

» 4. La malade se plaint toujours beaucoup et exclusivement de la tête ; gémissements presque continuels, et de temps en temps un peu de délire loquace ; quelquefois mouvements déraisonnables ; réponses quelquefois justes, quelquefois déraisonnables, toujours difficiles à obtenir. Langue sèche à la partie antérieure, tirée facilement, de bonne couleur. Un vomissement. Peau de chaleur normale ; même pouls à 68 ; même état d'ailleurs. Même prescription ; plus, 10 sangsues aux oreilles.

» 5. Gémissements et cris presque incessants depuis hier dans la soirée jusqu'à quatre heures du matin, beaucoup moins fréquents depuis cette heure ; la malade se plaint toujours beaucoup de la tête ; elle montre le front comme le principal siége du mal. Pas de vomissements, langue humide, à longues villosités ; respiration un peu sèche sous la clavicule gauche. Même état d'ailleurs. Pouls à 78, régulier, peu développé. Les sangsues d'hier ont beaucoup coulé ; pas de selles. Prescription ordinaire, plus une bouteille

d'eau de de Sedlitz, et 10 sangsues aux oreilles.

» 6. Pendant toute la journée d'hier, cris fréquents ; pendant la nuit, assez de calme. Lorsque la malade est abandonnée à elle même, elle délire constamment, mais elle répond assez souvent juste quand on lui parle ; pupilles normales ; rien de particulier dans les membres. Langue de couleur normale, excepté au centre, où elle est un peu jaunâtre et sèche ; pas de vomissement ni de selle ; la malade n'a pas voulu boire l'eau de Sedlitz. Même état d'ailleurs. Chiendent, acétate de potasse, 2 gr.; potion gommeuse avec 3 gouttes d'huile de croton, 12 sangsues aux oreilles : diète.

» Le 6 au soir. Moins de délire ; quelques rêvasseries seulement lorsque la malade est livrée à elle-même ; paraît répondre plus facilement aux questions ; pas de gémissements ; peau un peu chaude ; pouls à 110-120, peu développé. Mêmes douleurs de tête ; rien autre chose de nouveau.

» 7. La nuit, il y a beaucoup d'agitation et de délire ; on a été obligé de mettre le gilet de force ; quelquefois réponses justes, le plus souvent déraisonnables. Lorsqu'on lui fait observer qu'elle est attachée, elle répond que cela lui est égal. Les pupilles sont un peu larges (environ la moitié de la cornée) ; rien du côté des membres ; toujours même résistance quand on l'asseoit pour l'ausculter ; expression de la physionomie bonne ; face assez colorée. Pas de vomissements ; quatre ou cinq garde-robes ; langue sèche presque partout, un peu molle ; la malade demande des bouillons ; rien à l'abdomen ; même état du thorax ; battements du cœur moins forts ; les sangsues ont médiocrement coulé. La moitié de la potion seulement a été prise. Pouls ; 112-116, un peu étroit ; chaleur normale. Même prescription, moins les sangsues, et plus une bouteille d'eau de Sedlitz.

» Le 7 au soir. Le délire est continuel.

» 8. L'amaigrissement, qui était très peu sensible jusqu'à ces trois ou quatre derniers jours, est aujourd'hui plus prononcé ; il n'y a pas d'ailleurs d'autre altération de la face ; la malade se plaint toujours beaucoup de la tête sans indiquer le siége précis de la douleur. Toujours délire loquace ; pas de réponses justes ; pupilles peu contractiles, occupant moins de la moitié de la cornée ; rien dans les membres ; toujours même résistance et impatience très grande quand on met la malade sur son séant. Langue sèche, légèrement brune, pas de vomissements ; quatre ou cinq garde-robes involontaires : la vessie ne déborde pas le pubis. Pouls assez développé, à 110-112 ; peau à peine plus chaude qu'à l'état normal. La malade a pris le reste de sa potion et la bouteille d'eau de Sedlitz.

» Le 8 au soir. Même état de l'auscultation et de la percussion ; délire loquace et tranquille continuel ; réponses constamment déraisonnables ; pupilles formant au moins les 2/3 du diamètre de la cornée, parfaitement égales, à peine contractiles dans les transitions de l'obscurité à la lumière ; rien dans les membres ni dans les muscles de la face, peau fraîche ; pouls à 120, peu développé.

» 9. Coma ; râle trachéal ; on ne peut rien obtenir de la malade ; pouls très fréquent, souvent insensible. Mort une heure après la visite.

» *Autopsie vingt-trois heures après la mort, température de 7 degrés centigrades, humide.* — Cadavre bien conservé, roideur cadavérique bien prononcée ; pas de taches verdâtres sur l'abdomen, qui n'est point développé.

» *Tête.* — Pas de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ; peu de sérosité limpide sous la pie-mère de la convexité, entre les circonvolutions ; les glandes de Pacchioni sont peu développées ; dans toute sa convexité, la pie-mère est très ténue et friable ; elle se rompt avec une grande facilité quand on veut la détacher du cerveau, en sorte qu'on ne peut l'arracher que par petits lambeaux ; mais elle n'adhère nullement aux circonvolutions, et n'entraîne point de substance corticale avec elle ; elle est plutôt moins que plus injectée que dans l'état normal. A la base, et surtout dans l'espace sous-arachnoïdien antérieur, il y a une assez grande quantité de sérosité jaune-verdâtre, sérosité qui, au premier aspect, paraît purulente, mais qui, lorsqu'on la fait écouler, est évidemment limpide ; elle

est infiltrée dans une espèce de tissu cellulaire très friable, blanchâtre, point injectée; les cellules dans lesquelles la sérosité est infiltrée, ne paraissent pas communiquer; car lorsqu'on en déchire quelques unes, elle ne s'écoule qu'en partie; à la partie profonde, la pie-mère est notablement épaissie, mais point adhérente ni injectée; son injection est même moindre qu'à l'état normal; elle n'est point adhérente à la substance cérébrale; on n'y voit point de granulations, non plus que dans celle des scissures de Sylvius.

» La substance cérébrale a une assez bonne consistance, mais qui n'est pas cependant aussi grande que celle qu'on rencontre ordinairement; la consistance reste la même jusqu' aux ventricules; ceux-ci contiennent chacun environ deux cuillerées à café de sérosité transparente; le droit en contient plus que le gauche; le *septum lucidum*, ainsi que la moitié antérieure de la voûte, a conservé à peu près son aspect normal, et sa consistance, quoique peut-être un peu moindre qu'elle ne l'est ordinairement, est cependant en rapport avec celle du cerveau en général. A la moitié postérieure commence un ramollissement qui croît promptement, de sorte que la voûte n'a plus bientôt que la consistance d'une bouillie peu épaisse; du côté du ventricule droit, la paroi de la voûte est déchirée, offre un aspect tomenteux dans une étendue d'environ un pouce et demi d'avant en arrière, et de 4 à 5 lignes de haut en bas, dans l'endroit le plus large. Le ramollissement sans déchirure se continue dans la corne d'Ammon, dans une longueur de 9 à 10 lignes sur la bandelette blanche qui continue le pilier droit de la voûte. Du côté gauche, le ramollissement se continue à peu près dans la même étendue, mais sans déchirure; il se continue également dans la portion de substance blanche qui se trouve dans l'écartement des piliers postérieurs (lyre), dans une étendue de 6 à 8 lignes d'avant en arrière. Au-dessous, les tubercules quadrijumeaux, surtout les antérieurs, sont légèrement ramollis, ainsi que la substance qui les environne dans une épaisseur de 1 à 2 lignes; tout le reste du cerveau est d'une bonne consistance; la protubérance est même tout à fait normale, plus dure, toute proportion gardée, que celle du cerveau en général; toute la masse cérébrale est d'une blancheur plus grande qu'à l'état normal, même dans les portions ramollies; les plexus choroïdes et la toile choroïdienne sont aussi plus pâles que d'habitude; aucun changement de couleur n'indique le passage de la portion ramollie à la portion saine; il n'y a absolument d'appréciable que la diminution de consistance.

» *Thorax.*— La plèvre gauche renferme environ 8 onces de sérosité lactescente, qui se trouve répandue dans presque toute la circonférence du poumon; celui-ci est réduit à peu près aux deux tiers de son volume, et tapissé par une fausse membrane d'une ligne d'épaisseur très injectée, assez consistante pour qu'on puisse la détacher entièrement sans la rompre. Une semblable pseudo-membrane tapisse la plèvre costale, mais moins épaisse, moins bien organisée, impossible à détacher sans déchirure; quelques lambeaux jaunâtres, sans traces de vaisseaux, unissent les deux feuillets l'un à l'autre; le poumon est dense, résistant, d'une couleur rougeâtre, non crépitant, mais encore perméable à l'air, ne s'enfonçant point dans l'eau; le poumon droit est rosé, crépitant, bien élastique. On ne trouve dans toute leur étendue que deux granulations tuberculeuses, du volume d'un gros grain de mil au sommet gauche; point d'adhérences ni de sérosité dans la plèvre droite. Les bronches n'ont pas été examinées. Cœur de petit volume pour l'âge de la malade; parois d'épaisseur normale; orifices sains; nulle plaque dans les membranes, dans l'aorte ni dans ses valvules.

» *Abdomen.* — L'estomac et les intestins ne présentent rien de remarquable. Le foie est de volume normal; il n'offre aucune altération appréciable, pancréas sain; rate saine, de petit volume. Reins sains, de volume ordinaire; vessie distendue, contenant environ 3/4 de litre d'urine au moins; la vessie est ponctuée de rouge dans toute son étendue, mais principalement autour de l'orifice urétral, qui est contracté et assez difficile à vaincre avec la sonde. La muqueuse n'est pas notablement ramollie. Malgré la grande quantité d'urine qu'elle contient, et quoi-

qu'elle soit très distendue, elle se trouve encore à plus de 6 lignes au-dessous du bord supérieur du pubis, ce qui dépend d'une part, de ce que le bassin de la malade est un peu plus profond que d'habitude, et surtout de ce que la vessie s'est principalement développée latéralement et d'avant en arrière, et médiocrement de haut en bas. L'utérus est d'un volume ordinaire, sa cavité contient une petite quantité de sang fluide qui ne se trouve que dans la portion de cavité qui correspond au corps. Dans cette même portion, le tissu utérin est très injecté vers sa surface interne dans une épaisseur d'une ou deux lignes, et d'autant plus qu'on l'examine plus près de la muqueuse, où il devient aussi plus mou. Dans la portion correspondante au col, les parois sont blanches à la coupe, résistantes partout, ne présentent, en un mot, aucune trace de congestion. Les ovaires sont sains, n'offrent aucune trace de déchirure ni de congestion.

» *Résumé et réflexions.* — Une jeune fille, d'une santé habituellement bonne, étant depuis quelque temps en bonne convalescence d'une pleurésie, qui paraît avoir été assez grave, est prise de céphalalgie et de légères douleurs à l'épigastre. Cette céphalalgie augmente rapidement au point d'empêcher tout travail; après une huitaine de jours, elle s'accompagne d'agitation et d'une légère altération de l'intelligence. Ces symptômes augmentent graduellement, accompagnés *probablement* d'un peu de roideur des muscles qui longent l'épine. Vers le quatorzième jour, il s'y joint quelques vomissements qui ne persistent que pendant deux jours; vers le dix-septième jour, il se développe un mouvement fébrile; la face, jusqu'alors d'un aspect à peu près normal, s'empreint d'une notable altération, et la malade succombe après une douzaine d'heures de coma, vers le vingtième jour de la maladie. Comme cause de tous ces symptômes, l'anatomie pathologique nous montre un ramollissement fort limité des parties centrales du cerveau. Tel est le résumé succinct de l'observation que je viens de rapporter.

» Plusieurs points sont dignes de fixer notre attention dans cette observation qui nous offre un exemple d'une des maladies les plus difficiles à étudier parmi les obscures affections du cerveau. Arrêtons-nous un instant sur quelques uns.

» Parlons d'abord du diagnostic.

» Il suffit de rappeler un instant la marche de la maladie pour avoir la certitude qu'elle a suivi une marche aiguë et graduellement croissante depuis le commencement jusqu'à la fin; on ne pouvait donc établir ici deux périodes, et faire servir au diagnostic de la seconde la première de ces périodes à laquelle on a attribué une si grande importance. Cette première période a-t-elle réellement existé, et a-t-elle seulement passé inaperçue pour la malade? Outre que cette supposition éclairerait peu le diagnostic, puisqu'elle ne peut être faite qu'après coup, il ne me semble pas qu'elle soit bien légitime; car dès qu'on interroge des malades, qui ont conservé leur intelligence sur leurs propres sensations, il faut bien admettre qu'ils sont plus aptes que nous à distinguer la vérité, et d'ailleurs ne faut-il pas, quelque proposition que l'on veuille prouver, se fonder sur leurs réponses?

» Il n'y avait donc ici que l'état actuel qui pût éclairer le diagnostic. Voyons si les symptômes qui le constituaient pouvaient suffire pour lever toute incertitude. A la fin du premier septénaire, époque à laquelle la malade fut pour la première fois soumise à notre observation, il y avait une vive céphalalgie, quelques douleurs à l'épigastre, augmentant à la pression, de l'obscurité et de la faiblesse de respiration dans tout le côté gauche du thorax et de la constipation. A cette époque, toute supposition, pour ainsi dire, était permise. Une pareille marche n'exclut pas le début d'une fièvre typhoïde, plusieurs cas même se sont annoncés ainsi. Les symptômes d'auscultation et de percussion annonçaient ou une affection thoracique récente ou une affection ancienne qui pouvait éprouver une récidive. Enfin il n'aurait peut-être pas été déraisonnable, surtout pour certaines personnes, de croire à une gastrite avec retentissement sympathique sur le cerveau. Ces suppositions furent successivement faites; mais l'absence de chaleur à la peau, d'accélération du pouls, d'altération des traits, ne permirent pas de s'arrêter longtemps à cette manière de voir. Il ne fut plus possible bientôt de

penser à autre chose qu'à une affection cérébrale ou à une névralgie; encore cette dernière opinion fut-elle à peine émise à cause de l'étendue des douleurs aux deux côtés de la tête et de leur siége indéterminé. Resta donc l'affection cérébrale; la question alors se réduisait à savoir de quelle espèce d'affection il s'agissait, et ici le problème devenait vraiment presque inabordable; toutefois, à cause de l'opiniâtreté de la douleur, à cause de son retour par accès et par accès assez violents pour arracher des cris perçants à la malade, on soupçonna un ramollissement du cerveau et l'absence de phénomènes de paralysie fit penser que ce ramollissement siégeait dans les parties centrales de cet organe. L'événement confirma les prévisions qu'on avait eues; mais malgré cela, M. Louis, à qui est dû le mérite d'avoir ainsi établi ce diagnostic, pense sans doute que le hasard est dans cette conjoncture venu un peu en aide à la science. Je ferai remarquer ici l'absence de contraction, à moins, ce qui me paraît d'ailleurs très probable, que cette résistance que la malade opposait lorsqu'on voulait la mettre sur son séant, ne tînt à un certain degré de contracture des muscles de l'épine, ce qu'il était difficile de juger à cause des efforts réellement volontaires qu'elle ne manquait jamais de faire lorsqu'on voulait la mettre dans cette position. Cette contraction a d'ailleurs été observée d'une manière indubitable chez un autre malade qui portait un vaste abcès du cerveau, et devra désormais, en l'absence de toute contracture, limitée et facile à constater, être considérée comme un signe assez précieux pour fonder le diagnostic.

» Il serait intéressant, mais un peu trop long peut-être, de faire quelques réflexions sur les symptômes et la marche de la maladie. Parlons seulement un peu de la douleur, des vomissements et de l'état fébrile.

» Cette douleur violente qui arrachait par intervalles des cris aigus à la malade, a pour certains auteurs (Rostan, *Traité du ramollissement*) une grande valeur, et véritablement, dans le cas présent, elle était, sinon caractéristique, au moins fort remarquable. C'est une chose fort curieuse de voir qu'une lésion, en apparence si légère, produise une douleur aussi violente, lorsque des désordres considérables, siégeant dans les mêmes parties, ne s'annoncent que par une douleur ou faible ou nulle. Cela tiendrait-il à ce que, dans les grands désordres, la faculté de percevoir les sensations serait détruite par la même cause qui tend à produire la douleur? Non, car cette douleur aussi violente a été observée dans des cas où le ramollissement occupait à peu près tout un hémisphère. Cela tiendrait-il à la nature de l'affection? Plutôt, car on l'observe souvent dans le ramollissement, mais pas exclusivement; car, dans certains cas que nous devons, dans l'état actuel de la science, regarder comme exactement semblables, elle n'existe pas; il y a donc, en dehors de ces conditions, d'autres conditions cachées qu'il ne nous a pas encore été donné de découvrir.

» Quant aux vomissements, ni l'état de l'estomac, ni les connexions anatomiques connues des parties affectées, ne nous en rendent compte. Nous sommes donc forcé d'invoquer la sympathie, mot vraiment incompréhensible, imaginé pour satisfaire quelques esprits peu exacts ou pour voiler notre ignorance, mais qui, en réalité, ne fait autre chose que marquer les bornes actuelles de la science. Pourquoi, avec une affection si douloureuse en apparence, si active, puisqu'elle produisait du délire et de l'agitation, si grave, puisque la mort en a été la terminaison, pourquoi a-t-elle laissé dans l'état de calme complet jusqu'aux trois derniers jours de la vie, le système circulatoire, et la cause quelle qu'elle soit de la calorification? Question impossible à résoudre.

» Il serait bien intéressant maintenant de porter notre attention sur la nature de la maladie, de voir si c'est là un état *sui generis*, différent de toute autre affection, ou bien si ce n'est qu'une forme, une période, une terminaison d'une cause unique dans son principe, mais susceptible d'éprouver des modifications successives ou de variations diverses. Mais ce serait là aborder un sujet beaucoup trop obscur pour qu'il soit permis, à propos d'un seul fait, d'espérer arriver à quelque résultat utile. Une seule particularité m'occupera aujourd'hui, ce sera d'examiner s'il est logique de penser que le ramollissement a

été précédé de rougeur. Je parle de rougeur et non d'inflammation; car, à supposer que la question, ainsi envisagée, pût être résolue, elle n'accroîtrait en rien, selon moi, nos connaissances sur le ramollissement, et cela pour des raisons qu'il ne m'est pas possible de donner ici.

» J'examine donc simplement s'il est logique d'admettre que le premier état du ramollissement a été une congestion sanguine. Pour mon compte, il me semble que le contraire ne saurait être douteux. J'ai déjà dit que les renseignements fournis par la malade, joints à la marche de la maladie, fixaient d'une manière précise l'époque de son début. Or, ne serait-il pas contraire à toute analogie de croire que dans une affection d'aussi courte durée, une rougeur qui aurait été le phénomène initial de la maladie aurait pu disparaître en si peu de temps, et cela pendant que tous les symptômes qui en avaient d'abord annoncé la présence n'ont fait que s'accroître jusqu'à l'instant de la mort? Admettons même, ce que je ne crois pas démontré, que la partie ramollie ne soit qu'un effet plus avancé de la cause qui d'abord détermine de la rougeur, cette rougeur alors ne laisserait-elle pas de traces sur les limites du mal? Évidemment, il devrait en être ainsi, et c'est ce qui existait dans le cas d'abcès du cerveau dont je parlais précédemment; c'est ce qui existe dans tous les abcès, dans toutes les inflammations récentes de l'encéphale et de tous les organes.

» Quant à ceux qui voudraient voir dans la portion ramollie un mélange de pus et de substance cérébrale, je ne puis que répéter ce que j'ai déjà dit à propos d'une observation semblable; c'est qu'il ne faut jamais avoir vu de véritable pus infiltré ou enkysté dans le cerveau pour avoir une semblable opinion. Je conclus donc que dans le cas présent, comme dans les cas analogues que j'ai pu observer, comme dans beaucoup d'autres cas consignés dans les Annales de l'art, la seule lésion appréciable consiste dans une diminution de la dureté de la substance nerveuse, et dans une augmentation de sa blancheur.

» Dans ce dénument de connaissances sur la maladie qui nous occupe, est-il possible de diriger contre elle un traitement rationnel? Malheureusement non. C'est à l'empirisme seul que nous devons nous adresser pour quelque médication utile, et, dans le cas actuel, je ne pense pas que l'on puisse avoir la satisfaction d'être tombé sur cette médication.

» Il me reste à dire quelques mots sur l'état de l'utérus et sur celui de la vessie. On a vu que la malade avait eu ses règles pendant le cours de la maladie, et que l'écoulement sanguin n'avait pas paru être influencé par la grave affection dont elle était atteinte; c'est là, je crois, un fait qui ne manque pas d'intérêt. Les règles ayant cessé quelques jours seulement avant la mort, il était curieux de constater l'état de l'utérus et des ovaires. Dans l'utérus, on a vu qu'il existait un peu de sang dans sa cavité et une congestion assez prononcée dans ses parois, et seulement dans les parois du corps, ce qui indique que dans le cas actuel au moins, et dans les derniers jours de l'écoulement, le sang était fourni par la cavité du corps. D'ailleurs aucune trace de vésicule dans l'utérus ni dans les ovaires, aucune trace qui indiquât l'expulsion récente d'un ovule, rien dans ce cas n'autorisait donc à attribuer la menstruation à la chute d'un ovule dans l'utérus, comme le veut la théorie de MM. Négrier et Gendrin.

» Pour ce qui est de l'examen de la vessie, il conduit à une considération pratique assez importante; c'est que la percussion peut induire en erreur sur l'état de vacuité ou de plénitude de cet organe. Dans le cas actuel, la percussion avait été pratiquée même sur le cadavre, et l'on avait trouvé de la sonorité au-dessus des pubis, et néanmoins le ventre n'était pas développé. Non seulement la vessie contenait une grande quantité d'urine, mais encore elle offrait une distension et une rénitence qui prouvaient que l'excrétion de ce liquide n'avait pu se faire librement pendant les derniers temps de la vie. Il sera donc désormais indiqué de ne pas s'en rapporter à la seule percussion toutes les fois que l'on pourra craindre l'accumulation des urines dans la vessie. » (H. de Castelnau, *Études de clinique médicale*, inédites.)

Tumeurs et productions morbides du

cerveau. — On pourrait étudier successivement le diagnostic des diverses productions ou tumeurs qui se développent dans le cerveau ; mais comme les symptômes de ces tumeurs, quelle que soit leur nature, ont beaucoup d'analogie, sinon une complète ressemblance entre eux, et que nous étudierons ces symptômes à propos de chacune de ces affections, nous nous contenterons, à l'exemple de tous les auteurs, de discuter ici le diagnostic de ces tumeurs en général et du ramollissement. Voici comment M. Durand-Fardel envisage ce diagnostic :

« De toutes les affections de l'encéphale, les tumeurs ou dégénérescences du cervelet sont certainement celles qui, par leur marche et la nature de leurs symptômes, se rapprochent le plus du ramollissement chronique. Le diagnostic différentiel en est cependant fort important, ne fût-ce qu'au point de vue du pronostic ; car il n'y a pas à douter qu'il n'y ait beaucoup plus à espérer et du travail de la nature, et des efforts de la thérapeutique dans le ramollissement cérébral, que dans un cas de tumeur tuberculeuse ou cancéreuse de l'encéphale. Je vais présenter un tableau concis des phénomènes qui accompagnent le plus habituellement les dégénérescences du cerveau, et nous les rapprocherons des symptômes propres au ramollissement.

» J'aurais voulu d'abord distinguer les tumeurs non accompagnées de ramollissement de celles à l'entour desquelles s'est déjà développé un travail inflammatoire ; mais la plupart des observations publiées, ne contenant aucun détail sur l'état de la substance cérébrale, à l'entour des dégénérescences, il m'a été impossible de tenir compte de cette circonstance importante. Voici le relevé de soixante et onze observations de tumeurs du cerveau empruntées à différents auteurs, quelques unes recueillies par moi. J'ai réuni ensemble les tumeurs cancéreuses et les tumeurs tuberculeuses, parce qu'il m'a paru impossible de différencier, pendant la vie, ces deux sortes de dégénérescences autrement qu'à l'aide de circonstances étrangères aux symptômes de la maladie elle-même, telles que l'âge des sujets, par exemple, qui permet à peine, dans l'enfance, de soupçonner l'existence d'une tumeur cancéreuse ; tandis qu'il doit toujours faire présumer alors la nature tuberculeuse d'une dégénérescence. Parmi les observations que j'ai réunies, il en est sans doute plusieurs qui ont trait à des tumeurs des méninges, ayant pénétré consécutivement dans l'intérieur de la pulpe cérébrale ; mais, dans ces cas encore, les symptômes peuvent être absolument les mêmes. Enfin j'ai laissé de côté les observations de tumeurs du cerveau dans la première enfance, afin que la comparaison des symptômes de ces dégénérescences avec ceux du ramollissement puisse être plus exacte.

» N'ayant en vue que le diagnostic, nous étudierons seulement ici les symptômes offerts durant la première période et dans le cours de la maladie, et nous n'aurons pas à nous occuper des phénomènes qui précèdent immédiatement la mort. Que sert de reconnaître alors la nature d'une affection semblable? Je dirai seulement que quelles qu'aient été jusqu'alors la marche et la physionomie de la maladie, il survient ordinairement, dans les derniers jours de la vie, des accidents bien tranchés, et souvent tout différents de ceux observés précédemment, ainsi que le coma, une paralysie subite, des convulsions, etc.

» Sur les soixante et onze observations que j'ai réunies, dans trois cas, il n'y a eu aucun symptôme de noté.

» De tous les phénomènes observés dans les soixante-huit autres cas, le plus constant et un des plus caractéristiques a été la céphalalgie : elle a été notée soixante-une fois.

» Je rappellerai que sur cinquante-trois observations de ramollissement chronique, la céphalalgie n'a été rencontrée que vingt-quatre fois dans moins de la moitié des cas. Sur quarante cas de tumeurs de l'encéphale non tuberculeuses, M. Calmeil a trouvé la céphalalgie notée trente-trois fois, et il dit plus loin que dans les dégénérescences tuberculeuses, c'est le symptôme le plus fréquent, à peine manque-t-il chez quelques malades. Mais ce phénomène n'est pas seulement remarquable par sa fréquence dans les tumeurs du cerveau, il l'est encore par sa nature et par son siége. Dans presque tous les cas, la céphalalgie était excessive, arra-

chant des cris surtout dans les paroxysmes, presque toujours continue, sauf toutefois dans le commencement. Enfin elle était à peu près constamment bornée à un côté de la tête, et c'en est là la circonstance la plus caractéristique ; je ne l'ai vue indiquer générale que deux fois ; dans tous les autres cas, elle était locale, sauf quelques observations peu détaillées où son siége n'est point indiqué.

» Or, dans le ramollissement, la céphalalgie est rarement bornée à un côté de la tête ; elle est quelquefois générale, presque toujours frontale. Elle n'est pas habituellement intense, et surtout il est infiniment rare qu'elle le soit assez pour arracher des cris au malade.

» Dans seize cas, la céphalalgie fut le seul symptôme, au moins jusqu'aux derniers jours de la vie, où survinrent des convulsions ou une hémiplégie, ou du coma. La céphalalgie fut, dans tous ces cas, extrêmement vive, bornée à un côté de la tête, quelquefois accompagnée de vomissements.

» Six fois à la céphalalgie s'ajouta une cécité graduelle, sans aucun phénomène de paralysie, sauf un seul cas, mais où la paralysie ne se montra que longtemps après la perte de la vue.

» Une autre fois il s'y joignait des convulsions survenant à différents intervalles. Assez souvent encore, on a rencontré ou un affaiblissement ou des troubles divers de la vision.

» Le ramollissement ne présente guère de semblables phénomènes. Ainsi, pour tout symptôme, une céphalalgie très vive, partielle, sans paralysie, ou bien accompagnée de troubles de la vision. Je ne connais pas un seul cas où une perte complète de la vue ait paru s'opérer sous l'influence d'un ramollissement.

» On a observé une hémiplégie graduelle dans quatorze cas, marche qui se rapproche davantage de celle du ramollissement. La céphalalgie ne paraît avoir manqué que dans trois de ces cas. Deux fois il n'y eut qu'un simple affaiblissement du mouvement d'une des moitiés du corps. Il y eut des convulsions dans trois cas ; deux fois elles avaient précédé de longtemps la paralysie. Les membres paralysés ont présenté quelquefois de la contracture. Les observations que j'ai sous les yeux ne sont pas toutes assez détaillées pour me permettre de donner le chiffre précis de la fréquence de ce symptôme ; mais je ne pense pas qu'il ait été souvent rencontré.

» On a observé quatre fois une paralysie. Elle succédait une fois à une hémiplégie. Dans trois cas, elle fut précédée par une céphalalgie très violente ; dans un quatrième, la céphalalgie n'est pas notée, mais la parole était embarrassée ; il n'y avait pas, du reste, une véritable paralysie, mais une paralysie générale survenue graduellement.

» Des convulsions ont été observées vingt-cinq fois ; elles sont presque toujours indiquées sous le nom d'épilepsie ou de convulsions épileptiformes. Cette forme de convulsions, presque constante dans les tumeurs du cerveau, est moins commune dans le ramollissement chronique, bien qu'elle s'y observe aussi. Elles étaient assez souvent limitées à un seul côté du corps. Vingt fois elles ne s'accompagnaient d'aucune paralysie. Ceci est important à noter, parce que dans le ramollissement chronique les convulsions se rencontrent infiniment rarement sans paralysie. Dans tous les cas, sauf un ou deux, on a noté cette céphalalgie si caractéristique, qui, en général, avait précédé les convulsions.

» Dans cinq cas, le symptôme dominant fut encore la céphalalgie ; mais, en outre, on nota comme phénomènes habituels des étourdissements, des vertiges, des attaques avec perte de connaissance, quelquefois un coma prolongé. A cela se joignaient souvent des nausées, des vomissements, des troubles divers des sens. Les cas de ce genre sont difficiles à caractériser. Une fois, il y avait seulement de la rigidité dans les membres avec un état de démence.

» Dans deux cas d'hémiplégie précédemment indiqués, il survenait de fréquentes attaques apoplectiformes ; une fois des attaques d'hémiplégie gauche se répétaient fréquemment, accompagnées de symptômes spasmodiques. D'autres cas encore suivent une marche peu usitée : ainsi on a vu une violente céphalalgie s'accompagner d'une roideur tétanique des membres avec du délire par intervalles, ou bien d'un affaiblissement général sans

paralysie. Enfin M. Calmeil paraît avoir observé quelquefois la démence.

» Il me semble résulter de ce résumé que, dans le plus grand nombre des cas, il est possible de distinguer les tumeurs du cerveau, du ramollissement cérébral.

» L'existence prolongée d'une céphalalgie violente, bornée à un côté de la tête, accompagnée ou non de vomissements, de cécité ou de troubles divers de la vue, sans phénomènes de paralysie, si elle n'indique pas toujours avec certitude la présence d'une tumeur dans le cerveau, ne saurait guère au moins laisser supposer celle d'un ramollissement s'il s'y joint des accès convulsifs sous forme épileptique, sans paralysie dans leurs intervalles, les probabilités sont encore plus grandes en faveur d'une tumeur encéphalique, surtout si la parole et l'intelligence sont demeurées intactes. En effet, la parole est moins fréquemment lésée dans les affections de ce genre que dans le ramollissement; elle présente beaucoup moins souvent, en particulier, ce caractère de monotonie que nous avons signalé comme une des circonstances les plus constantes du ramollissement chronique. Quant à l'intelligence, M. Andral, se basant sur l'examen de quarante-trois faits, dit qu'elle est restée intacte dans le plus grand nombre des cas. J'ai fait exactement la même observation que ce professeur; cependant M. Calmeil a trouvé que, sur quarante cas d'affections organiques de l'encéphale, l'intelligence était lésée dans la moitié des cas. Si ce chiffre est vrai pour la généralité des faits, cette circonstance perd beaucoup de sa valeur; mais il faudrait savoir si cet auteur y a compris les phénomènes observés tout à fait à la fin de la vie.

» La paralysie est certainement le phénomène qui est de nature à ajouter le plus de difficulté au diagnostic. M. Calmeil dit que les cinq huitièmes des individus atteints d'affections organiques de l'encéphale présentent des symptômes de paralysie, et que la moitié sont hémiplégiques. (*De la paral. chez les aliénés*, Paris, 1826, in-8.) J'ai obtenu des résultats bien différents; car, sur les soixante et onze observations que j'ai réunies, je ne trouve de phénomènes de paralysie indiqués que vingt-deux fois, encore quatre de ces individus étaient paraplégiques. M. Andral dit simplement, que les lésions du mouvement existent dans plus de la moitié des cas; mais il entend parler des convulsions aussi bien que de la paralysie.

» M. Calmeil dit encore que la paralysie s'établit graduellement ou tout à coup. Cette assertion, ainsi présentée, me paraît manquer de justesse : non pas que je nie absolument que la paralysie puisse survenir tout à coup; cette circonstance a dû se rencontrer, puisque cet auteur le dit : mais au moins elle doit être bien rare, puisque je n'en trouve pas un seul exemple dans mes soixante et onze observations. Cependant il faut s'entendre : on voit bien quelquefois, chez un individu non encore paralysé, survenir tout à coup une attaque apoplectiforme, accompagnée de paralysie générale ou partielle; mais alors le mouvement revient avec la connaissance. Ce sont des attaques toutes passagères, auxquelles certains malades sont sujets : mais cela ne peut être considéré comme un mode de début de la paralysie. J'ai toujours vu ce symptôme apparaître graduellement. J'insiste sur ce point, parce qu'il est capital pour le diagnostic qui nous occupe, et qu'il trouvera souvent son application. Nous savons combien souvent l'hémiplégie débute tout à coup dans le ramollissement. On pourra être à peu près certain, dans les cas de ce genre, que l'on n'a pas affaire à une tumeur de l'encéphale, surtout si cette invasion de la paralysie n'a été précédée ni d'une céphalalgie spéciale ni de convulsions.

» Il n'en est plus de même dans les cas où il se forme une hémiplégie graduelle. Il est alors presque toujours difficile, quelquefois impossible, de distinguer une tumeur d'un ramollissement, à moins toutefois qu'une céphalalgie locale vive, des accès convulsifs, n'aient précédé de longtemps la première apparition de la paralysie.

» M. Rostan paraît attacher beaucoup d'importance dans le cas de tumeurs cancéreuses du cerveau, à l'existence de douleurs dans les membres paralysés, très vives, lancinantes, bien différentes de celles du ramollissement. Je ne sais en quoi consiste cette différence, mais des

douleurs vives et lancinantes des membres sont trop communes dans le ramollissement, pour pouvoir servir à caractériser les tumeurs de l'encéphale.

» En résumé, les circonstances les plus propres à faire distinguer les tumeurs encéphaliques du ramollissement cérébral sont : pour les premières, l'existence d'une céphalalgie très vive, bornée à une moitié de la tête, de la cécité ou d'un affaiblissement considérable de la vue, de convulsions épileptiformes sans paralysie; pour le ramollissement, l'apparition subite d'une hémiplégie persistante. » (Durand-Fardel, *loc. cit.*, p. 395.)

Terminaison, pronostic. — Le pronostic serait grave, d'après quelques auteurs, au point de ne jamais laisser espérer une terminaison heureuse de la maladie. C'est donc à une discussion sur la curabilité ou la non curabilité que se résoût le pronostic du ramollissement. C'est seulement cette question que nous traiterons.

Après ses premières recherches, M. Rostan n'était pas éloigné de croire à la curabilité du ramollissement. Voici comment il s'exprimait alors :

« Le ramollissement est-il susceptible de résolution? Il m'est impossible aujourd'hui de résoudre cette question d'une manière définitive : je laisse aux observateurs qui me suivront, ou à des faits ultérieurs qui se pourront offrir à moi, à éclairer ce point intéressant. Si cette terminaison est possible, il faut dire qu'elle est au moins excessivement rare. Je l'ai soupçonnée dans deux circonstances seulement, ce qui est infiniment peu eu égard au grand nombre de ramollissements cérébraux que j'ai pu observer. Les signes de cette maladie avaient existé et disparu, l'ouverture, la seule preuve sans laquelle il est téméraire de rien affirmer, n'a point porté la certitude dans ce diagnostic.

» Les observations que l'on a publiées dans l'intention de prouver la possibilité de la résolution de cette maladie, ne me paraissent pas concluantes, et ne sont nullement propres à me faire regarder le traitement antiphlogistique comme souverainement efficace. J'ai vu les symptômes de la première période du ramollissement disparaître ; mais comme ces phénomènes peuvent dépendre d'une simple congestion, et qu'ils sont toujours douteux lorsque la seconde période ne survient pas, il est impossible d'en rien conclure pour la question qui nous occupe.

» L'observation suivante pourrait être citée comme un exemple de guérison, si les symptômes d'une maladie suffisaient pour la caractériser.

Obs. » *Ramollissement du cerveau terminé par résolution.* — Madame Diseau, âgée de soixante-seize ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatico-nerveux, se plaignit, vers sa cinquante-huitième année, de palpitations intermittentes; ce symptôme insensible pendant la belle saison, reparaissait toujours en hiver sous l'influence des rigueurs de l'atmosphère. Stationnaire pendant treize ans, il fut accompagné par la suite de toux, d'orthopnée, et d'une expectoration muqueuse, épaisse et abondante. Très souvent, en montant un escalier, la malade a senti son cœur battre avec un surcroît de force et de vitesse, et cette impulsion s'étant transmise aux carotides, des pulsations se sont fait sentir dans toute la tête, et ont retenti dans ses oreilles ; la vue s'est troublée, des vertiges se sont manifestés et ont déterminé la chute de la malade, sans cependant lui faire perdre conanissance.

» Le 18 mars 1823, madame Diseau ressentit des douleurs très intenses dans le côté droit de la tête : quoiqu'elles aient persisté le 19, elle ne voulut pas suspendre son travail. Le 20, elle se plaignit d'un sentiment de fatigue et de pesanteur dans la jambe et surtout dans le bras gauche ; la céphalalgie n'avait pas diminué d'intensité. Madame Diseau, dominée par l'appât d'une légère rétribution qu'elle obtenait en filant, n'y voulut pas renoncer. Alors se manifestèrent les symptômes suivants : l'extrémité du doigt auriculaire gauche devint le siége d'un fourmillement et de picotements très vifs. Cette sensation, que la malade comparait à celle qui résulte de la contusion du coude quand le nerf radial se trouve comprimé, se propagea le long du bord externe de la main, atteignit peu à peu et successivement l'annulaire, le pouce, l'index et le médius ; bientôt le bras tout entier participa à cet état, et la cuisse gauche ne tarda pas à présenter le même symptôme.

» Les picotements devinrent ensuite moins sensibles et furent remplacés par l'engourdissement des membres gauches. La malade attribuant son état à un mal passager, chercha, pendant quelque temps, à continuer son travail; mais en tenant le fil qu'elle devait tordre, elle était incertaine qu'elle l'eût réellement saisi tant son tact lui paraissait trompeur, et le fil échappait sans cesse à sa main tremblante. Il semblait à madame Diseau qu'un duvet fût interposé entre ses doigts et les objets soumis à leur contact; elle marchait en hésitant, n'osait porter sur sa jambe gauche et se mettre en équilibre sur un pied qu'elle ne sentait plus et qui lui paraissait inerte. Elle voyait des filaments, des brouillards; son ouïe était dure, mais cette lésion n'étant pas récente, on pouvait l'attribuer au grand âge de la malade. Le 22, la céphalalgie avait diminué, cependant la malade entra à l'infirmerie où l'on constata les symptômes que je viens d'énumérer; l'état anévrysmatique du cœur, mais l'intégrité de l'intelligence et des fonctions respiratoires et digestives. M. Rostan craignit le ramollissement commençant du cerveau, et prescrivit en conséquence des sinapismes aux mollets, des lavements légèrement purgatifs, la diète et le repos. Le 23, les engourdissements furent beaucoup moins prononcés et présentèrent des intermittences très marquées. Le 24, même état. La malade se plaignit le 25 d'engourdissements plus fréquents et de l'insensibilité presque complète du doigt auriculaire. Ce redoublement fit craindre que la maladie n'eût une terminaison fâcheuse, cependant, à partir de ce jour, elle ne cessa de s'amender, et, dans l'espace d'une semaine, la résolution fut complète : aux engourdissements succédèrent les fourmillements et les picotements, ceux-ci se dissipèrent peu à peu, et dans la résolution, la maladie suivit une marche inverse à celle de son invasion, c'est-à-dire que l'engourdissement qui avait procédé des extrémités des orteils et des doigts pour gagner la partie supérieure des membres, se dissipa d'abord dans les parties les plus rapprochées du tronc, et en dernier lieu dans le doigt annulaire.

» Cette observation ne peut tout au plus que faire soupçonner la résolution du ramollissement, puisqu'on ne saurait avoir la certitude de l'existence de cette maladie. Au reste nous pensons que lorsqu'il n'est qu'au premier degré, il peut se résoudre. Ainsi cet exemple et quelques autres qu'on a publiés ne résolvent nullement la question.

» Dans d'autres cas, j'ai rencontré, dans des cadavres d'anciens paralytiques, des altérations organiques qui paraissaient guéries, et qui m'ont semblé n'être pas le résultat d'un ancien épanchement. Chez ces sujets on ne trouvait pas de kyste; et quoique l'altération ne fût pas très ancienne, il n'y avait aucune trace de sang. La portion malade du cerveau était changée de couleur, coupée par une multitude de filaments, se dirigeant dans tous les sens, formant des mailles irrégulières, mais point de cavités, point de membranes; une humeur particulière humectait cette portion altérée. Cette absence de la trace du sang et de la membrane, suffit-elle pour prononcer négativement sur un épanchement? C'est ce que la suite éclaircira.

» Je ne parlerai pas de la délitescence, ni de la métastase de cette maladie; mais sa terminaison par induration est-elle possible? J'ai rencontré le cancer du cerveau avec du ramollissement. Dans ces exemples, le ramollissement m'a toujours paru consécutif, et j'ai toujours regardé le cancer comme une maladie d'une nature particulière indépendante d'une inflammation primitive, au moins dans le plus grand nombre des cas.

» On trouve quelquefois des abcès, de la véritable suppuration dans le cerveau; et je ne suis pas éloigné d'admettre ce mode de terminaison, quoique je n'aie pas de certitude à cet égard. Pour la gangrène, les auteurs en citent des exemples. Le ramollissement du cerveau ne serait-il, ainsi que nous venons de le dire, que la gangrène de ce viscère?

» La mort me paraît être le terme presque inévitable de la maladie qui nous occupe; quel que soit le mode de traitement que nous ayons employé jusqu'ici, la généralité des individus, qui nous ont offert les signes du ramollissement, ont été moissonnés. Loin de nous décourager, c'est une raison de plus de multiplier nos études

sur cette fatale maladie ; ce n'est que lorsque nous la connaîtrons parfaitement que nous pourrons espérer de lui arracher quelques victimes, en fondant sa thérapeutique sur des indications rationnelles, et non sur les chances d'un aveugle hasard. » (Rostan, *Traité du ramollissement*, p. 171.)

On a vu déjà plusieurs fois, par les citations que nous lui avons empruntées, que M. Rostan, depuis qu'il a écrit ces lignes, a modifié ou du moins affermi ses opinions, et qu'aujourd'hui il ne croit plus à la curabilité du ramollissement ; il pense que les cas que l'on a pris pour des guérisons, ne sont autre chose que des cas dans lesquels la marche de la maladie se fait en quelque sorte par étapes, et qu'on n'a jamais observé que des rémissions ou intermittences des symptômes. Telle n'est pas l'opinion de M. Durand-Fardel, ainsi que le démontrera le passage suivant :

« Le ramollissement chronique, lorsqu'il se présente sous forme d'une simple mollesse pulpeuse, sans rougeur, n'est, le plus souvent, comme nous l'avons vu, qu'un état de transition entre le ramollissement aigu et les degrés consécutifs que nous avons désignés sous le nom de plaques jaunes et d'infiltration celluleuse. Il n'y a pas encore précisément transformation du tissu cérébral, et pourtant il est difficile de ne pas regarder comme une véritable désorganisation cette altération qui ne laisse à ces molécules guère plus de cohésion que n'en ont celles d'un liquide.

» Cependant nous avons vu que, dans certains cas, la maladie pouvait persister presque indéfiniment à ce degré, comme dans l'observation de Doutremont, où elle datait de sept ans.

» Le ramollissement, à cet état, le ramollissement pulpeux, est-il susceptible de guérison ? Si nous entendons, par guérison, le retour à l'état anatomique normal, je ne crois pas qu'il puisse en être ainsi dans le plus grand nombre des cas ; car la diminution de cohésion du tissu cérébral est trop grande pour qu'il puisse reprendre la consistance qui lui est propre. On peut douter même que, lorsqu'il est parvenu à une grande fluidité, il puisse éprouver directement des transformations analogues à l'induration, à la cicatrisation, etc., sans avoir passé par l'état d'infiltration celluleuse ; c'est ainsi qu'il faut également, pour que les ramollissements pulpeux de la couche corticale disparaissent par absorption, et fassent place à de véritables ulcérations, qu'ils aient passé à l'état de plaques jaunes ; c'est au moins ce que nous ont appris les observations d'ulcérations des circonvolutions que nous avons rapportées précédemment.

» Mais lorsque le ramollissement pulpeux a cessé de faire des progrès, lorsqu'en même temps son état d'anémie l'isole, en quelque sorte, de l'organe au sein duquel il s'est développé, il se trouve dans un état stationnaire, qui paraît remplacer pour lui la cicatrisation dont les autres périodes du ramollissement nous fournissent des exemples.

» Ainsi, chez Doutremont, le mouvement, d'abord tout à fait perdu du côté gauche, est presque complétement revenu, la parole est redevenue libre, l'intelligence est demeurée intacte. Cette femme était dans l'état qui peut succéder à la guérison d'un foyer hémorrhagique, celle-ci laissant de toute nécessité une cicatrice dont la présence ne permet pas habituellement l'entier rétablissement des fonctions lésées. » (Durand-Fardel, *loc. cit.*, p. 403.)

A la suite de ces lignes, M. Durand rapporte quelques observations d'indurations, d'infiltrations celluleuses, de cicatrices du cerveau, altérations qu'il considère toutes comme des modes de guérison du ramollissement chronique. Quant au ramollissement aigu, sa curabilité fait encore bien moins question, selon M. Durand, que celle du ramollissement chronique ; il n'admet pas de doute possible sur ce point.

M. Rochoux est loin de partager l'optimisme de M. Durand, et il se range, au contraire, complétement de l'avis de M. Rostan.

« Toujours, quand le ramollissement est simple, on le voit présenter une couleur d'un blanc pâle, terne et sale, ou bien d'un gris terreux, quelquefois jaunâtre, qui semble surtout le partage de la substance corticale, la première nuance de coloration appartenant de préférence à la substance médullaire.

» Le pus, dont il est presque toujours

très facile de constater la présence en pareil cas, ne prouve pas, répéterons-nous, qu'il y ait eu avant une injection vasculaire du sang. La manière dont les choses se passent dans les autres tissus ne fait rien dans le tissu nerveux, qui n'a pas besoin, pour produire du pus, d'être atteint avant d'injection vasculaire. Ce fait trouve une nouvelle confirmation dans les exemples déjà assez nombreux de ramollissement de l'encéphale survenu à la suite de la ligature de quelques unes des artères qui s'y distribuent. Là, comme dans beaucoup d'autres circonstances analogues, on voit que les conditions fondamentales de la formation du pus tiennent surtout à la manière particulière dont est affecté l'organe où il est produit; ce qui n'exclut ni l'existence ni le concours d'autres conditions moins limitées, et peut-être même générales.

» Ce n'est pas tout d'avoir démontré que la fonte suppurative, caractère fondamental du ramollissement inflammatoire, s'effectue en l'absence de toute rougeur vasculaire antécédente; il nous faut rendre raison de deux faits qu'on ne manquera pas de nous objecter, savoir : la présence peu rare, au milieu ou bien autour du ramollissement, de portions de débris du cerveau, offrant une rougeur plus ou moins prononcée, co-existant ordinairement avec une semblable coloration du liquide purulent. Notre réponse se trouve dans ce que nous avons dit de l'extravasation du sang, à laquelle on doit, dans la contusion, rapporter la rougeur du tissu cérébral et du pus qu'on peut rencontrer alors. Nous rattacherons donc ces deux circonstances à la même origine, toutes les fois qu'elles s'observeront dans le ramollissement de cause interne, dont elles sont une complication plus rare qu'on ne le croit généralement. Ainsi, toute rougeur, soit de la substance médullaire, soit de la substance grise, ce qui est beaucoup plus fréquent, est pour nous une infiltration, une extravasation de sang, laquelle se comporte de différentes manières, suivant l'état où se trouve la partie du cerveau qu'elle occupe.

» Dans les cas les plus heureux et sans doute aussi les plus nombreux, cette infiltration se termine comme il a été dit, par la résorption du sang et d'une portion du tissu cérébral où il s'est épanché, d'où résultent les diverses espèces de cicatrisations directes comme appartenant à l'infiltration. D'autres fois le tissu cérébral infiltré de sang contracte une dureté remarquable, passe à un état d'induration susceptible de rester indéfiniment stationnaire. Enfin, soit que, par une action irritante, l'infiltration détermine le ramollissement inflammatoire, soit qu'elle vienne le compliquer ou se développer en même temps que lui, cette dernière maladie n'en éprouve aucune influence appréciable; simple ou compliquée; elle suit, dans un cas comme dans l'autre, sa marche progressivement envahissante, aussi bien quand elle attaque les portions profondes que les portions superficielles de l'encéphale, à l'égard desquelles M. Calmeil lui a reconnu ce caractère.

» D'après cela, loin de croire, avec M. Durand, à la marche rétrograde du ramollissement; loin de voir, dans certaines indurations, un mode de guérison dont il serait susceptible; nous croyons, au contraire, que l'induration est bien plus capable, sinon de se renouveler elle-même, au moins de déterminer la fonte des parties au milieu desquelles elle se trouve. Par conséquent, toutes les observations parlant de portions indurées du cerveau trouvées au milieu d'un ramollissement plus ou moins étendu que M. Dechambre, et après lui M. Durand, donnent comme des cas de cette dernière maladie tendant à passer, ou déjà passée en partie à l'état d'induration, me semblent des affections suivant absolument la marche inverse, c'est-à-dire des indurations en voie de se fondre. Quant aux guérisons de ramollissement publiées par Syme, M. Durand ne leur trouvant pas assez de valeur pour s'en faire un appui, cela me dispense de m'y arrêter autrement.

» De ces faits et de ceux exposés dans les deux paragraphes précédents, nous sommes conduit à conclure que sur 100 cicatrices trouvées dans l'encéphale, on pourra, et on devra, au premier aperçu, en rapporter 98, soit à l'apoplexie, soit à l'infiltration de sang plus ou moins complétement résorbé; qu'un examen plus attentif aura le même résul-

tat pour une des deux autres cicatrices, et portera à rattacher la dernière à tout autre genre de maladie plutôt qu'au ramollissement.

» En 1820, continue M. Rochoux, la médecine physiologique atteignait l'apogée de son triomphe éphémère. Jeune et alors plein de croyance au perfectionnement, dont aucun médecin ne s'est jamais préservé au début de sa carrière, un des plus séduisants interprètes de Broussais, M. Lallemand, publiait des cas de guérison de ramollissement cérébral obtenue par la méthode antiphlogistique qui pourraient bien aujourd'hui ne pas lui paraître aussi concluants qu'à cette époque. M. Rostan est séduit peut-être, sans trop s'en douter, par l'autorité imposante du professeur de Montpellier lorsqu'il considérait comme susceptible de guérison le même ramollissement dont il proclame aujourd'hui l'incurabilité. Quant à MM. Lemasson, Dechambre, Syme, Legroux et Durand, ils ne paraissent pas disposés à changer d'opinion. Le dernier surtout de ces auteurs s'efforce, dans un ouvrage précieux par le nombre et la bonne description des faits qu'il renferme, d'établir la curabilité du ramollissement par des raisons dont la discussion ne perdra rien à être précédée de courtes réflexions sur les causes de cette maladie, parmi lesquelles l'âge et l'influence d'une ancienne apoplexie sont assurément les plus puissantes.

» Un âge avancé est par lui seul tellement capable de produire le ramollissement cérébral, que beaucoup de médecins ont considéré ce mal comme un apanage en quelque sorte exclusif de la vieillesse. L'existence d'un ancien foyer apoplectique exerce peut-être une action aussi fâcheuse. En effet, sur 100 individus précédemment atteints d'apoplexie, 60 au moins succombent plus tard au ramollissement, qui, de lui-même, et étant primitif, n'atteint peut-être pas 1 sujet sur 100. Malgré l'importance de ce fait en pathologie, j'ai dû me dispenser d'étudier le ramollissement primitif et le consécutif chacun en particulier, par la raison que leurs caractères anatomiques étant les mêmes, la distinction, sous le rapport des causes, devenait sans importance dans un travail à peu près uniquement d'anatomie pathologique. Cette petite digression terminée, j'en viens maintenant à discuter brièvement la valeur des raisons principales par lesquelles on cherche à établir la curabilité du ramollissement inflammatoire. Elles se rattachent à l'anatomie pathologique et aux symptômes de cette affection.

« Que le ramollissement du cerveau » soit curable, c'est un fait dont on ne » saurait pas plus douter aujourd'hui que » de la curabilité des tubercules. » Eh bien, accordons pour le moment ce degré de curabilité réclamé par M. Durand, et voyons ce qui en résulte.

» Évidemment, il n'y a pas là guérison, à prendre le mot dans son sens rigoureux et strict, qui suppose le retour de la partie malade à un état primitif et non sa destruction, sans autre suite fâcheuse. Par exemple, la portion du poumon atteinte de phlegmasie guérit réellement, la plupart du temps, tandis que dans quelques circonstances très rares où la tuberculisation pulmonaire s'arrête, la portion de l'organe affecté se trouve détruite en réalité. Ce n'est pas plus une guérison que ne l'est l'ablation d'un cancer. Mais ce mode de terminaison ne doit pas même être accordé au ramollissement cérébral, qui, en conséquence de la texture extrêmement délicate et toute particulière du cerveau, désorganise et détruit d'abord les parties qu'il frappe, et s'étend successivement ensuite à d'autres par un véritable envahissement. L'étude des lésions de l'encéphale avec solution de continuité confirme pleinement cette manière d'envisager les choses. Jamais, en effet, on ne voit même dans les cas les plus favorables se former des cicatrices comparables à celles de beaucoup de tissus, où les traces des lésions, des coupures très considérables finissent par disparaître, au point de ne pouvoir être constatées que par une dissection minutieuse et attentive. Rien de pareil n'a lieu pour le cerveau. Les cas de cicatrisations d'apoplexie les plus complètes, les plus parfaites, sont d'énormes difformités comparativement à ce qui s'observe ailleurs. Les cicatrices ordinaires offrent de bien plus grands délabrements.

» Si dans une affection dont la tendance à la guérison n'est pas douteuse, les résultats sont aussi peu favorables, on ne

sera pas surpris de voir diverses autres maladies ne pas même en donner de semblables. Ainsi l'histoire des plaies de tête nous montre que l'inflammation traumatique de l'encéphale, même en l'absence de toute disposition intérieure propre à l'aggraver, ne s'arrête, ne guérit presque jamais. La formation si rare d'abcès enkystés, qui pourrait passer pour une espèce de guérison, n'est en réalité que l'ajournement d'une terminaison inévitablement funeste. Eh bien, ce répit temporaire ne s'observe pas dans le ramollissement inflammatoire de cause interne, qui, mal circonscrit et diffus, a tout ce qu'il faut pour s'étendre et rien qui puisse le convertir en un abcès enkysté.

» L'anatomie pathologique est loin, comme on voit, de venir à l'appui de ceux qui croient à la curabilité du ramollissement encéphalique. Cherchons maintenant à savoir si l'observation de la marche et des symptômes de la maladie est aussi favorable qu'ils le prétendent à leur manière de voir.

» Le ramollissement, avons-nous dit, offre assez souvent dans ses symptômes la marche de l'apoplexie et, ajouterons-nous, de la congestion cérébrale, dont la durée se prolonge. M. Durand part delà pour considérer comme des guérisons de ramollissement certains cas dans lesquels les malades se sont rétablis après avoir présenté les symptômes que nous avons en vue. Mais si le ramollissement peut simuler l'apoplexie et la congestion, ces maladies, à leur tour doivent simuler le ramollissement ; la réciprocité est de rigueur. Par conséquent, dans ces cas ambigus, il faut bien se garder de voir tout d'abord des ramollissements. Loin delà, en faisant attention à la fréquence de la congestion et de l'hémorrhagie cérébrale, bien plus grande que celle du ramollissement, on sera conduit par un simple calcul des probabilités, à placer en dernier lieu la supposition de l'existence de cette maladie. D'un autre côté, en se rappelant que des deux premières affections, l'une guérit toujours et l'autre très souvent, on aura, pour croire à l'existence de l'une d'elles, quand les malades guérissent, des motifs qu'en mathématiques on dirait être en raison multiple et composée. Aussi, aucun médecin, à ma connaissance, ne regarde-t-il comme hors de toute contestation les cas de guérison produits par M. Durand.

» Mon intention n'est assurément pas de faire servir ces remarques de symptomatologie à déprécier les efforts tentés, dans ces derniers temps, pour établir le diagnostic du ramollissement ; elles ont au lieu de cela, pour but d'apprendre à surmonter les difficultés de la tâche, en montrant combien elles sont grandes.

» Pour parvenir à donner une bonne description des symptômes du ramollissement, il faudrait deux conditions bien difficiles à trouver réunies ; l'une d'observer la maladie, sinon tout à fait simple au moins n'étant compliquée d'aucune affection cérébrale un peu importante ; l'autre de la suivre chez des sujets adultes, jouissant avant leur maladie, de la plénitude de leurs facultés motrices et intellectuelles, et dont les antécédents séméiologiques seraient bien connus. Au lieu de tout cela, que trouve-t-on dans les hospices de vieillards ? Des êtres pour la plupart réduits par l'âge à un état d'obtusion mentale, qui constitue déjà une véritable maladie. Beaucoup d'entre eux ont éprouvé des attaques d'apoplexie avant d'être atteints de leur ramollissement, et ceux qui n'ont rien de plus, du côté de l'encéphale, n'échappent ordinairement pas à de graves complications morbides des organes pectoraux.

» Au milieu de tant de circonstances si propres à masquer la marche d'une maladie, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible de démêler les symptômes qui lui appartiennent réellement. Aussi, depuis treize ans que j'observe à Bicêtre le ramollissement inflammatoire, ai-je bien pu m'éclairer sur quelques points relatifs à son anatomie pathologique ; mais pour le diagnostic, je ne suis guère plus avancé que le premier jour.

» Si nous rapprochons ce manque de lumières par rapport aux symptômes de la conclusion à laquelle conduit irrécusablement l'étude anatomo-pathologique du ramollissement, nous n'hésiterons pas à déclarer que la science ne possède pas un seul fait de guérison de cette maladie incontestablement avéré. Ce prononcé semblera sans doute triste à M. Durand, qui

jeune encore, et tout en avouant l'incomplet de ses résultats thérapeutiques, se montre cependant plein de foi et d'expérience. Mais pour qui possède un peu de philosophie, la vérité la plus affligeante aux yeux des autres vaut mieux que la plus douce erreur. » (Rochoux, *Du ramollissement du cerveau et de sa curabilité. Arch. gén. de méd.*, décembre 1844, p. 425.)

Causes. — Lorsqu'on ne confond pas l'encéphalite avec le ramollissement, rien n'est plus difficile que d'indiquer les causes de cette dernière affection ; on est, sur presque tous les points, réduit à faire de simples conjectures. Aussi, M. Rostan s'est-il, dans son ouvrage, borné aux indications suivantes :

« *Causes prédisposantes et prédispositions.*—Il reste à déterminer, par des observations ultérieures, si le ramollissement cérébral reconnaît des prédispositions et des causes prédisposantes ; les faits que j'ai eu occasion d'observer ne m'ont rien appris à cet égard. Je puis dire seulement que je n'ai vu cette maladie que chez les vieillards ; chargé cependant, en qualité de médecin du bureau de charité du douzième arrondissement, de donner mes soins à une population excessivement nombreuse, composée de gens de tout sexe et de tout âge, je n'ai observé qu'une fois, depuis plusieurs années, les signes de cette maladie sur un individu de trente ans. Il me fut impossible d'en faire l'ouverture : *Cette observation doit être regardée comme nulle.* Je suis porté à croire que l'âge avancé est une prédisposition à cette maladie. Les exemples rapportés par M. Abercrombie se sont présentés cependant chez des sujets de différents âges. Quel est le sexe le plus favorable au développement de cette maladie ? Quelle est la constitution la plus propice à ce développement ? C'est ce que la suite pourra éclairer. Il paraît qu'à Bicêtre on en rencontre relativement moins qu'à la Salpêtrière.

» *Cause sexistantes.*—Il nous serait facile de donner une grande extension à ce chapitre, si nous voulions détailler toutes les causes qui peuvent agir sur l'encéphale. Nous nous bornerons à dire que le ramollissement peut se développer sous l'influence de toutes les causes communes et générales des maladies, une prédisposition étant admise, mais plus particulièrement sous l'action des causes qui agissent directement sur le cerveau. Ainsi, bien que nous ne l'ayons pas observé, il est vraisemblable que les rayons d'un soleil ardent ou l'action d'un froid intense sur la tête, l'application de la glace ou de quelque substance douée de propriétés énergiques, peuvent occasionner le ramollissement cérébral. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette maladie se manifeste bien plus fréquemment durant les grands froids et les grandes chaleurs que sous l'influence de toute autre température.

» Nous avons vu cette maladie se développer chez des personnes qui avaient éprouvé quelque percussion violente sur la tête, surtout après une chute ; mais il est bien difficile de dire si la chute est primitive ou consécutive, la cause du ramollissement ou son effet. La *contention* d'esprit, les veilles prolongées, les passions violentes, nous paraissent très susceptibles de favoriser le développement de la maladie qui nous occupe. Nous avons vu plusieurs personnes affectées de ramollissement avoir été en proie aux chagrins les plus profonds ; c'est peut-être l'observation la plus constante. On conçoit que l'abus des substances alimentaires ou médicamenteuses qui agissent sur l'encéphale par une prompte et forte sympathie, telles que le vin, les liqueurs alcooliques, le café, les narcotiques, etc., peuvent déterminer cette affection, et qu'il est, par conséquent, prudent d'en interdire l'usage aux personnes qui y sont prédisposées. Au reste, l'expérience ne nous a point encore découvert de cause constante du ramollissement, non plus que celle de la plupart des autres maladies, bien moins encore nous a-t-elle dévoilé sa cause prochaine. » (Rostan, *Rech. sur le ram. du cerveau*, p. 183.)

Après avoir constaté la difficulté du sujet, M. Durand-Fardel dit :

« Aussi ne puis-je en aucune façon combler cette lacune, répondre à cette question : Quelles sont les causes extérieures qui président au développement du ramollissement cérébral ? ou plutôt je puis confirmer de mon expérience cette proposition, que dans presque aucun cas de ra-

mollissement cérébral, chez les vieillards en particulier, on ne peut apprécier la cause de la maladie. Mes efforts pour obtenir quelques données sur ce point ont toujours été infructueux, et cela non seulement pour les cas de ramollissement cérébral terminés par la mort, mais encore pour les cas de congestion cérébrale passagère, que l'on observe assez fréquemment chez les vieillards, et que j'ai rapprochés, comme on l'a vu, du ramollissement lui-même.

» L'âge avancé est-il une prédisposition à cette maladie? Bien qu'il soit tout à fait impossible de résoudre cette question par des relevés statistiques, à cause de l'inégale répartition des malades des différents âges dans les hôpitaux, ce n'en est pas moins un fait incontestable. Il est certain que ce n'est que dans les hospices de vieillards que l'on voit ce grand nombre de ramollissements, se développant spontanément, ou au moins en dehors de toute cause extérieure appréciable, mais cela ne veut pas dire cependant que le ramollissement puisse être considéré comme une affection sénile exclusive à la vieillesse.

» Si l'on veut savoir l'influence de l'âge sur le développement du ramollissement, il ne faut tenir compte que de l'âge qu'avaient les malades à l'époque de l'invasion de leur maladie. Or, c'est là une précaution qui n'a pas été prise, que je sache, dans la plupart des relevés faits sur ce sujet; habituellement, on prend l'âge des individus à l'époque où on les observe, et où, en général, ils meurent; c'est bien pour le ramollissement aigu, mais lorsqu'il s'agit de ramollissements chroniques, durant depuis plusieurs années, une semblable manière de compter ne peut qu'introduire des données fausses dans un tableau.

» Voici un relevé de l'âge précis qu'avaient cinquante-cinq individus observés par moi à la Salpêtrière, à l'époque où le ramollissement débutait. J'ai assisté moi-même aux premiers accidents chez les uns, et j'ai pu me procurer chez les autres des renseignements certains. J'ai laissé de côté tous les cas qui pouvaient laisser quelques doutes dans l'esprit.

De 30 à 40 ans. . .	3
40 à 50 — . .	8
50 à 55 — . .	2
60 à 65 — . .	5
66 à 70 — . .	9
71 à 75 — . .	13
76 à 80 — . .	10
80 à 87 — . .	5

» La majorité de la population de la Salpêtrière, en laissant de côté les aliénées, se compose de septuagénaires, car soixante-quinze ans est l'âge fixé pour l'admission des indigentes. Cependant, il y a un assez grand nombre d'individus plus jeunes, soit admis par protection particulière, soit atteints de quelque affection incurable. Notons que parmi ces derniers il y a beaucoup de paralysies, c'est-à-dire de lésions anciennes du système nerveux, et entre autres de ramollissements chroniques. J'ajouterai que, parmi les observations que j'ai laissées de côté en faisant ce relevé, il y en a un certain nombre qui ont trait à d'anciennes paralysies, certainement antérieures à la vieillesse. Si je fais ces réflexions, c'est que je crois nécessaire d'insister sur ceci : que, si le ramollissement cérébral est réellement plus fréquent dans un grand âge qu'aux autres époques de la vie, cependant il est loin d'appartenir exclusivement à la vieillesse, et par conséquent ne peut en aucune façon être considéré comme une affection sénile, spécifique. On a remarqué sans doute que, dans les divers chapitres de cet ouvrage, j'ai pris soin de rapprocher de mes observations de vieilles femmes, des observations appartenant à l'âge adulte, et même à la première enfance, afin de montrer qu'à toutes les époques de la vie le ramollissement revêtait les mêmes formes anatomiques, et sans doute alors était de même nature.

» J'ai noté l'âge des malades de M. Rostan et de M. Andral chez lesquels l'époque du début de la maladie a été indiquée. Ceux de M. Rostan étaient tous fort âgés.

7 avaient. .	de 80 à 87 ans.
8 — . .	de 70 à 78 —
4 seulement	de 60 à 69 —

» Toutes ces observations viennent aussi, comme on le sait, de la Salpêtrière.

» M. Andral a recueilli ses observations à la Charité. Voici l'époque du ramollissement chez vingt-six de ses malades :

4 avaient. .	de 17 à 20	ans.	
2 — . .	27	—	
2 — . .	30 et 37	—	
2 — . .	43 et 45	—	
4 — . .	53 à 59	—	
7 — . .	63 à 69	—	
6 — . .	70 à 78	—	(1).

» Je transcris ici le tableau qu'a dressé M. Andral, de l'âge de cent cinquante-trois individus affectés de ramollissement, mais en faisant remarquer que, sans doute, pour la plupart, ces chiffres ne reproduisent que l'âge de la mort des malades, et non celui du début de la maladie, chose importante à noter, puisqu'il s'agit de ramollissements chroniques aussi bien que de ramollissements aigus.

De 15 à 20 ans. .	10
20 à 30 — . .	18
30 à 40 — . .	11
40 à 50 — . .	19
50 à 60 — . .	27
60 à 70 — . .	34
70 à 80 — . .	30
80 à 89 — . .	4

» Pour arriver à des proportions certaines, ou à bien peu de chose près, il faudrait pouvoir dresser sur une grande échelle un tableau des ramollissements de toute la population indigente de Paris; il n'y a pas de doute qu'ils passent tous par les hôpitaux ou par les hospices. Lorsque l'administration des hôpitaux comprendra l'utilité de faire faire dans tous les services des relevés officiels des maladies, il sera possible d'arriver à une foule de résultats de ce genre, dont on comprend aisément l'intérêt et l'utilité.

» Avant de quitter cette étude de l'âge des malades affectés de ramollissement, je dirai, de nouveau, que lorsque l'on compare toutes les observations recueillies chez les individus de différents âges, il est impossible de trouver, sous le rapport des lésions anatomiques comme des formes symptomatiques, aucune différence notable, entre celles qui appartiennent à la jeunesse, à l'âge adulte, ou à la vieillesse.

» Si l'on veut connaître l'influence que les saisons peuvent exercer sur le développement du ramollissement, il faut, comme pour l'âge, tenir compte de l'époque du début de la maladie et non pas de la mort.

» Voici le relevé de soixante-deux cas observés par M. Rostan ou par moi, un très petit nombre par M. Andral, dans lesquels cette époque a été indiquée :

Décembre. . . .	3	17
Janvier.	10	
Février.	4	
Mars.	7	13
Avril.	3	
Mai.	3	
Juin	7	20
Juillet	7	
Août	6	
Septembre . . .	5	13
Octobre.	5	
Novembre. . . .	3	

» On voit que ces chiffres n'offrent pas de très grandes différences pour les diverses époques de l'année; cependant le ramollissement paraîtrait un peu plus fréquent dans l'hiver et surtout dans l'été. Ce résultat est d'accord avec la remarque que j'avais faite, et vu faire, en général, à la Salpêtrière, que les accidents cérébraux sont surtout communs lorsque la température est très élevée ou très basse. Voici le relevé d'un nombre égal de cas d'hémorrhagie cérébrale : trente-sept ont été observés par moi à la Salpêtrière; trente-quatre par M. Andral et M. Rochoux. Ils nous donnent exactement le même chiffre pour l'été et pour l'automne; mais au printemps, un chiffre supérieur à celui de l'hiver :

Décembre. . . .	5	14
Janvier.	3	
Février.	6	
Mars.	9	16
Avril.	4	
Mai.	3	
Juin	8	20
Juillet	9	
Août	3	
Septembre . . .	1	13
Octobre.	8	
Novembre. . . .	4	

» La ramollissement atteint-il de préfé-

(1) C'est 27 que M. Durand aurait dû dire.

rence les individus qui présentent le plus de faiblesse, d'appauvrissement de l'économie? Non, sans doute. Et si nous avons vu le ramollissement se développer chez des vieillards secs et décrépits, nous avons également noté, chez beaucoup de nos malades, l'embonpoint, la force, l'activité, enfin toutes les conditions d'une parfaite santé, qnelquefois même ce que l'on a appelé une constitution apoplectique.

» Je ne trouve indiqué d'une manière précise que dans vingt-huit de mes observations, l'état général de mes malades, au moment où le ramollissement s'est développé chez eux.

» Neuf se trouvaient atteints d'affections graves; cinq avaient une affection du cœur; deux un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; trois une hypertrophie ou une dilatation considérable des cavités du cœur. Un autre malade était affecté d'un cancer avancé de l'utérus; un autre, d'une entérite chronique; chez deux autres, enfin, le ramollissement s'est montré pendant le cours d'une pneumonie. Dans tous ces cas, l'invasion de la maladie fut rapide; dans tous, le ramollissement fut trouvé accompagné de rougeur, de tuméfaction et d'infiltration sanguine. Dans l'un deux seulement, où il y avait une hypertrophie et une dilatation générale du cœur très considérable, le ramollissement ayant passé à l'état chronique, on n'a plus trouvé d'autres traces de rougeur primitive qu'une coloration jaune du pourtour d'une infiltration celluleuse.

» Sur dix-neuf malades, dont la constitution a été décrite avec soin, il y en a huit qui avaient un embonpoint considérable; huit qui étaient forts, bien portants, fort bien conservés pour leur âge; trois seulement maigres et débiles. Je regrette de n'avoir point à ma disposition de chiffres plus nombreux; je ne donne nullement ceux-ci comme indiquant une proportion exacte; mais cependant je leur attache beaucoup d'importance, parce qu'ils prouvent que le ramollissement ne se montre pas, en général, plutôt lié à une constitution débile et détériorée, qu'à une autre.

» MM. Delaberge et Monneret, croyant que le ramollissement cérébral est une affection propre à la décrépitude, se plaignent du vague des renseignements que l'on peut puiser dans les auteurs; ceux-ci se plaisant trop souvent à confondre les différentes espèces de ramollissements. M. Dechambre, d'après les renseignements qu'ils lui attribuent, n'aurait jamais observé le ramollissement partiel chez les jeunes filles et femmes adultes qui font en assez grand nombre partie de la population de la Salpêtrière. On sait maintenant que cet ouvrage ne renferme que des exemples de ramollissements partiels, observés à tous les âges de la vie, et que, jusqu'à nouvel ordre au moins, j'ai cru ne devoir admettre, sauf exception, que le ramollissement partiel. Je me contenterai donc de mentionner, toujours d'après les auteurs du *Compendium*, cette assertion de M. Dechambre, si singulièrement en désaccord avec mon observation personnelle, que le ramollissement général présente comme condition probable de développement : 1° l'existence d'un foyer hémorrhagique : 2° un état avancé de maigreur et de décrépitude sénile.

» Il y a longtemps que l'on a remarqué le rapprochement du ramollissement cérébral et des anciens foyers hémorrhagiques; et cette circonstance est une de celles qu'on a le plus souvent invoquées, pour appuyer la nature inflammatoire du ramollissement. Ce rapprochement, dans lequel nous croyons qu'en effet on doit voir autre chose qu'une simple coïncidence, est infiniment moins fréquent que l'on me l'a dit; car ce que l'on a présenté comme de semblables exemples, ce sont presque toujours, comme nous l'avons vu, des infiltrations celluleuses, environnées d'un ramollissement pulpeux. (Rochoux.)

» Suivant MM. Delaberge et Monneret, le ramollissement partiel, lié à d'anciennes cicatrices, se montre au moins aussi souvent chez les vieillards fortement constitués, à thorax large, à chairs fermes et abondantes, que chez ceux dont le corps a subi l'influence de l'atrophie sénile. Cette observation s'accorde peu avec la théorie de ces mêmes auteurs qui prétendent, à la même page, que le ramollissement cérébral est une lésion propre à la décrépitude; car rien ne nous donne à entendre qu'ils reconnaissent, dans ces différents

cas, une nature différente au ramollissement.

» L'état du cœur chez les individus affectés de ramollissement doit nous occuper maintenant : j'ai trouvé le cœur sain dans toutes les observations de ramollissement que j'ai recueillies chez les adultes, c'est-à-dire chez des individus au-dessous de cinquante ans. Voici quel était l'état du cœur chez quarante et un vieillards de la Salpêtrière affectés de ramollissement cérébral :

Sain	28 fois.
Hypertrophié.	8 —
Dilaté sans hypertrophie. . .	3 —
Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, sans hypertrophie. . .	2 —

» Il ne faudrait pas attacher beaucoup d'importance à ces affections du cœur dans la pathogénie du ramollissement au point de vue de la gêne de la respiration et de la circulation qui les accompagne. En effet, comme je n'ai jamais vu survenir le ramollissement dans les cas très nombreux d'asthme et de dyspnée de toute sorte que j'ai observés à la Salpêtrière, j'en conclus naturellement que les troubles de la respiration n'exercent pas par eux-mêmes une notable influence sur le développement de cette maladie. Mais comme on a fait jouer à l'hypertrophie du cœur un grand rôle dans la production de l'hémorrhagie cérébrale et aussi du ramollissement, nous nous arrêterons principalement à cette circonstance.

» Or, nous voyons que sur les quarante et un cas de ramollissement chez les vieillards, l'hypertrophie du cœur s'est rencontrée dans le cinquième des cas.

» J'ai noté avec soin l'état du cœur chez soixante vieillards morts de différentes maladies : j'ai trouvé le cœur sain chez quarante-cinq, hypertrophié chez quinze, c'est-à-dire dans le quart des cas. Je n'ai pas noté dans ce relevé les individus qui ont succombé à une affection du cœur lui-même.

» Dans vingt-huit cas d'hémorrhagie cérébrale observés chez des vieillards seulement, j'ai trouvé le cœur hypertrophié onze fois, c'est-à-dire dans un peu plus du tiers des cas.

» Voici donc le résultat de mon observation :

» Chez les vieillards morts de différentes maladies, ayant le cerveau sain, hypertrophie du cœur dans le quart des cas.

» Chez les vieillards morts avec un ramollissement, hypertrophie du cœur dans le cinquième des cas ;

» Chez les vieillards morts d'une hémorrhagie cérébrale, hypertrophie du cœur dans un peu plus du tiers des cas.

» D'après ces proportions il est permis de conclure, qu'au moins dans la limite de ces faits, l'hypertrophie du cœur n'a pas exercé une grande influence sur la production du ramollissement, puisqu'elle a été rencontrée plus fréquemment chez les individus morts de toutes sortes de maladies étrangères à l'encéphale que chez ceux affectés de ramollissement. Pour ce qui est de l'hémorrhagie, il en est autrement, mais nous n'avons pas à nous en occuper ici. J'ai cru seulement que ce rapprochement ne serait pas sans intérêt.

» L'état du cœur est noté dans trente observations de la clinique de M. Andral ; le cœur a été rencontré hypertrophié huit fois, c'est-à-dire dans le quart des cas ; cette proportion est un peu plus forte que la nôtre, et il faut faire attention qu'il s'agit ici d'individus d'âges fort différents.

» Maintenant nous allons trouver tout autre chose dans l'ouvrage de M. Rostan : sur dix-huit cas où il est fait mention de l'état du cœur, cet organe était hypertrophié douze fois, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas ; toutes ces observations ont été prises chez des individus fort âgés. Cette proportion est énorme. Ce qu'il y a de singulier, c'est que M. Rostan ne semble pas lui-même s'en être aperçu, car je n'ai pas vu qu'il signale nulle part cette circonstance.

» Ces faits sont bons à citer ; mais je ne pense pas qu'il soit permis d'en tirer aucune conclusion. Il n'est pas probable qu'ils représentent une proportion exacte, puisque les faits dus à M. Andral et à moi nous fournissent un chiffre si différent, un peu moins du cinquième des cas.

» M. Rostan admet comme cause du ramollissement toutes les circonstances qui passent pour avoir quelque influence sur les affections du cerveau ; mais il a

plutôt été conduit à cela par l'analogie que par l'observation directe, car dans ses observations, comme dans les nôtres, on n'a presque jamais noté aucune de ces causes. Remarquant que les prodromes du ramollissement cérébral étaient surtout formés par des symptômes de congestion, il a jugé que toutes les causes connues de congestion cérébrale devaient favoriser la production du ramollissement. Je crois bien qu'il a raison, et que ces causes peuvent agir dans ce sens ; mais il n'en est pas moins certain que le ramollissement se développe le plus souvent chez les vieillards en dehors de ces circonstances, comme de toute autre cause appréciable. » (Durand-Fardel, *Traité du ramollissement*, p. 490.)

Nature de la maladie. — Nous arrivons à la question qui a soulevé le plus de débats dans l'histoire du ramollissement, celle de la nature de cette affection ; mais toutes les divergences, toutes les discussions ont plutôt eu pour sujet la question de savoir si le ramollissement est toujours ou non de nature inflammatoire, que de savoir quelle serait sa nature dans le cas où ce ne serait pas la même cause, l'inflammation. Quelques auteurs cependant ont agité cette dernière question comme nous le verrons bientôt. Voici d'abord la manière de voir de M. Rostan.

« S'il est difficile de ne pas s'égarer, de ne pas se livrer aux écarts de son imagination, c'est surtout lorsqu'on veut pénétrer la nature des maladies qu'il est aisé de prendre des conjectures pour des réalités ! Ce danger est bien plus grand encore lorsqu'on veut interroger leur cause prochaine. Mais cette prétention ne peut être que celle des esprits ambitieux et faux. En recherchant la nature même de la maladie qui nous occupe, nous voulons seulement examiner dans quelle classe elle doit être rangée ; est-ce une phlegmasie ou une maladie d'un caractère particulier ? Efforçons-nous dans cette investigation de ne pas nous éloigner de l'observation rigoureuse des faits.

» L'inflammation s'annonce par la tumeur, la rougeur, la chaleur et la douleur de la partie qu'elle affecte. Cette définition quoique inexacte dans quelques cas, est cependant la meilleure qu'on puisse faire, et sous peine de ne plus s'entendre, et de tomber dans les misérables divagations dont nous sommes tous les jours les témoins, il faudra l'admettre comme bonne. Ce n'est pas que quelques uns de ces phénomènes ne puissent manquer quelquefois sans qu'on puisse nier l'existence de l'inflammation ; mais on ne saurait disconvenir qu'on a poussé les exceptions si loin, qu'on a été jusqu'à reconnaître des phlegmasies là où il n'existe aucun des signes qui les caractérisent. Nous avouerons que beaucoup de raisons nous portent à croire que le ramollissement du cerveau est l'effet d'une inflammation. 1° Dans certains cas, il existe une couleur rosée bien manifeste qui ne peut être que le résultat d'un travail inflammatoire. On peut objecter que cette couleur rouge n'ayant ordinairement son siége qu'au pourtour du ramollissement, n'est que consécutive à cette lésion ; mais cette objection est peut-être un peu forcée. 2° Il existe souvent une douleur de tête fixe, qui précède la maladie. 3° La tuméfaction n'est guère possible que dans l'intérieur du crâne ; cependant, il arrive quelquefois que les circonvolutions sont épaissies, les signes du coma sont sans doute dus, autant à la compression qui résulte de cette augmentation de volume, qu'à l'altération locale de l'encéphale. 4° Pour la chaleur, il est impossible de s'assurer si ce phénomène existe ; mais on doit le supposer, si l'état fébrile général peut le faire soupçonner. Car bien souvent le pouls est plus fort et fréquent, la peau chaude, la langue sèche, etc. 5° Il arrive souvent que le ramollissement se manifeste autour d'un épanchement sanguin, et qu'il lui est consécutif, ainsi qu'aux environs d'un tubercule ou d'une tumeur cancéreuse, etc. Il me paraît extrêmement probable que ce ramollissement doit être alors assimilé au travail inflammatoire que la nature développe autour des lésions organiques de toute espèce, lorsqu'elles sont parvenues à un certain degré, ou bien à celui qu'elle produit autour des corps étrangers dont elle veut favoriser l'expulsion. 6° Enfin l'obscurité qui règne encore sur l'histoire de l'encéphalite, l'ignorance où l'on est sur l'altération organique que doit laisser cette phlegmasie peut au moins faire soupçonner

que le ramollissement en est peut-être le résultat. On verra à l'article du diagnostic, que beaucoup de symptômes annoncent un travail inflammatoire.

» Malgré toutes les raisons que nous venons de donner en faveur de la nature inflammatoire du ramollissement cérébral, nous ne saurions croire qu'il soit constamment l'effet d'une inflammation ; d'abord, parce que dans le plus grand nombre des circonstances, il n'existe aucun des signes qui caractérisent cet état. La diminution de contractilité et de sensibilité, la paralysie, la stupeur, l'inertie de l'intelligence, sont des symptômes infiniment plus fréquents que les phénomènes contraires, c'est-à-dire, que la contracture, les convulsions, les douleurs des membres, le délire. Ces derniers annoncent, sans doute, une exaltation dans les propriétés dites vitales du cerveau : mais les premiers, qui sont plus ordinaires, indiquent une altération d'une nature tout opposée ; souvent il n'a point existé de douleur de tête, la couleur de la substance du cerveau n'est nullement changée, il n'existe aucune tuméfaction, ni aucuns symptômes fébriles ; il nous semble impossible alors d'admettre que ce soit une phlegmasie. Enfin, cette altération arrive chez des vieillards, et dans des circonstances entièrement opposées à celles qui donnent naissance aux phlegmasies.

» On a fait récemment, dans l'intérêt d'une nouvelle doctrine, bien plus, je crois, que dans celui de la vérité, de longs travaux et de longs raisonnements, pour prouver que la nature du ramollissement du cerveau était toujours inflammatoire. Mon intention n'est pas de faire de ce chapitre un écrit polémique ; je me contenterai d'ajouter quelques propositions à celles qu'on vient de lire : mais avant d'entrer dans aucune discussion, il me semble nécessaire d'exposer la cause première de toutes les erreurs dont nous avons été témoins depuis quelques années. Cette cause est simple, elle est unique : elle consiste dans un défaut d'études premières, dont manquent certainement, et ceux qui raisonnent ainsi, et ceux qui adoptent ces raisonnements ; elle consiste dans un manque absolu de logique, et je le prouve par des exemples.

» Dans bien des cas, on a traité des gastrites pour des fièvres essentielles; donc toutes les fièvres essentielles sont des gastrites. J'entends déjà qu'on se récrie qu'il faut mettre *toujours* et non *dans bien des cas ;* mais soyez de bonne foi, il est impossible que vous ayez vu *tous les cas;* ce ne sera donc jamais que les cas que vous aurez vus, c'est-à-dire tout au plus dans *bien des cas;* donc ce raisonnement est rigoureusement le vôtre. Continuons.

» L'ossification est souvent la suite de l'inflammation, donc l'ossification résultat des progrès de l'âge, est aussi la suite de l'inflammation. Poursuivons.

» L'induration et le cancer sont quelquefois une terminaison de l'inflammation ; donc l'induration et le cancer ne sont qu'un degré de l'inflammation.

» Des ganglions lymphatiques s'enflamment à la suite et dans les environs d'un phlegmon; donc les tubercules du poumon, qui ne sont autre chose que des lymphatiques engorgés, sont la suite d'une phlegmasie de ce viscère.

» Quelques gastro-entérites chroniques donnent lieu à une couleur paille de la peau; donc la couleur paille qu'on remarque chez les cancérés, n'est que le résultat de la gastro-entérite chronique. Je m'arrête.

» Il me serait fort aisé de multiplier les exemples indéfiniment; si l'on veut bien examiner la question de sang-froid et avec impartialité, l'on avouera que c'est là le mode de raisonnement adopté par certaines personnes; c'est aussi celui dont on se sert pour prouver que le ramollissement du cerveau est souvent inflammatoire; il est inflammatoire lorsqu'il est de couleur rosée; c'est le premier degré de l'inflammation, c'est la pénétration du sang dans le tissu du cerveau; il est inflammatoire lorsqu'il est jaune-verdâtre ; c'est le deuxième degré de l'inflammation, c'est la pénétration du pus dans la substance du cerveau, etc. Donc le ramollissement du cerveau est toujours le résultat d'une inflammation.

» Les raisonnements que l'on vient de lire sont exactement les mêmes que ceux-ci.

» Une boule de mercure gelée à 36°—0, produit l'inflammation de la paume de la main qu'elle touche, donc l'inflammation

est toujours la suite du contact d'une boule de mercure gelée à 36° — 0 ; le raisonnement est parfaitement identique. Quoi ! parce qu'une chose arrivera cent fois de la même manière, il sera dit qu'elle ne pourra arriver d'une autre ! Quoi ! parce que la gangrène sera souvent, très souvent, si vous voulez, la suite d'une inflammation, il s'ensuivra rigoureusement que la gangrène seule sera aussi le résultat d'une inflammation ! Quoi ! parce que l'inflammation ramollira le tissu du cerveau, ce que vous avez parfaitement prouvé, et ce que personne n'a jamais contesté, il faudra que le ramollissemeut soit toujours inflammatoire ! Ah ! messieurs, je soupçonne fort que Port-Royal ni Condillac ne vous sont guère familiers. Vous ne sentez donc pas que de l'analogie il ne peut naître tout au plus que des probabilités, et que des probabilités, dans aucun cas, mais surtout lorsqu'il s'agit de la vie des hommes, ne sauraient être des preuves.

» J'accorde donc que le ramollissement du cerveau est, dans quelques circonstances, inflammatoire; que telle est sa nature, lorsque le tissu de l'encéphale est rosé, lorsqu'on rencontre du pus, des kystes, etc. Mais des faits nouveaux et très multipliés me confirment entièrement dans ma première opinion, qu'il existe une multitude de ramollissements cérébraux, qui ne sont pas le résultat d'une inflammation.

» Dans le plus grand nombre des cas, le tissu du cerveau ne change nullement de couleur, il est d'un blanc plus mat, plus brillant que dans l'état sain; certes, ce n'est ni le pus, ni le sang qui le pénètrent. Dans d'autres circonstances, la substance cérébrale est d'un rouge lie-de-vin, présente exactement l'apparence de taches, d'ecchymoses scorbutiques; et, dans ces cas, il n'a existé, durant la vie des malades, aucun signe de réaction; cet aspect n'est nullement celui d'un tissu enflammé. Il offre la plus grande analogie avec l'hémorrhagie scorbutique, et jusqu'à ce qu'on considère celle-ci comme inflammatoire, il nous sera permis de regarder cet état du cerveau comme n'étant pas une phlegmasie. Ces deux altérations pathologiques sont incontestablement les plus fréquentes; ce qui me porte à croire que, dans le plus grand nombre des cas, le ramollissement n'est point inflammatoire. Mais alors, quelle sera sa nature? Nous pourrions nous abstenir de répondre à cette question; mais nous croyons pouvoir dire, toutefois avec retenue, et sans crainte de tomber dans les divagations dont nous parlions tout à l'heure, que cette altération du cerveau nous paraît être souvent une destruction sénile, offrant la plus grande analogie avec la gangrène de la vieillesse; comme cette dernière, le ramollissement nous semble la désorganisation de la partie; comme dans cette maladie, les vaisseaux destinés à apporter le sang et la vie dans l'organe affecté, sont ossifiés, non par suite d'une inflammation, mais par les progrès de l'âge.

» Ce serait peut-être ici le lieu de dire pourquoi nous ne croyons pas que l'ossification des vaisseaux soit la suite de l'inflammation; nous nous bornerons à demander si l'accroissement, la nutrition, la consolidation des os dans l'enfance, sont aussi le résultat de l'irritation? Concluons qu'il faut admettre un ramollissement inflammatoire et un ramollissement non inflammatoire; une dégénérescence particulière qui a ses signes, ses caractères propres. » (Rostan, *loc. cit.*, p. 163.)

M. Andral, sans se prononcer aussi catégoriquement que M. Rostan, semble cependant très disposé à admettre un ramollissement inflammatoire et un ramollissement d'une autre nature, que, d'ailleurs, il ne caractérise pas.

Après avoir signalé les deux variétés principales de coloration que présentent les ramollissements, il dit :

« Voilà déjà deux cas qui, sous le rapport anatomique, doivent être distingués l'un de l'autre. Dans le premier de ces cas, le ramollissement est le seul élément morbide; dans le second, un autre s'y ajoute : c'est un état d'anémie, c'est, par conséquent, un élément inverse de ceux qui constituent l'inflammation.

» Vient ensuite un autre cas, fréquent sans doute, mais beaucoup moins qu'on ne le dit : c'est celui où un état d'hypérémie complique le ramollissement. La portion de pulpe nerveuse qui a perdu sa consistance, présente alors divers degrés d'injection, d'où résulte pour elle une couleur rouge plus ou moins intense. Tan-

tôt cette teinte rouge est générale, tantôt elle est disséminée par points plus ou moins rapprochés dans toute l'étendue du ramollissement. Au lieu de cette simple injection, il peut arriver que l'on trouve au sein du ramollissement de véritables épanchements de sang, variables en grandeur et en nombres.

Au lieu d'être pénétrée d'une quantité surabondante de sang, la partie ramollie peut être devenue le siége d'une sécrétion morbide, qui est tantôt simplement séreuse, et tantôt purulente. Dans le premier cas, on trouve la pulpe nerveuse comme imbibée d'une sérosité plus ou moins trouble qui tient en suspension des flocons blanchâtres ou grisâtres, seuls fragments de la substance cérébrale qui aient encore conservé quelque consistance. Dans le second cas, un pus de qualités diverses infiltre les parties ramollies, ou bien il s'y réunit en foyers, il y constitue des abcès plus ou moins considérables.

» Ces différents aspects que peut présenter le ramollissement du cerveau se rapportent-ils à des lésions de nature diverse? Ne sont-ils que des degrés plus ou moins avancés d'une même maladie? Il est facile de prouver que, dans un assez grand nombre de cas, le cerveau s'injecte d'abord, puis se ramollit, puis sécrète du pus. C'est ce qui a été admirablement établi par M. Lallemand. Le ramollissement est alors un des caractères anatomiques de l'inflammation du cerveau, comme il peut l'être de l'inflammation de tous les autres organes. Mais si, dans d'autres cas, on ne trouve au sein du ramollissement aucune trace ni d'injection sanguine, ni d'infiltration purulente, si l'on n'y trouve, en un mot, d'autre altération que le ramollissement lui-même, ne sera-ce pas abuser de l'analogie que de conclure que, dans ces cas aussi, la cause qui a privé le cerveau de sa consistance est une inflammation? A plus forte raison ne sera-t-on pas porté à l'admettre dans ces autres cas où la partie ramollie est en même temps anémiée? Notez en outre que, parmi ces cas de ramollissements blancs, il en est qui se sont formés très rapidement, à l'instar des maladies aiguës, et qu'en pareil cas on ne saurait supposer que le ramollissement a commencé par une congestion sanguine, qui se serait dissipée à mesure que l'affection aurait pris une marche chronique. Sans doute ceux qui rapportent la cause prochaine de toute maladie à un excès ou à un défaut de la stimulation normale, doivent faire nécessairement rentrer le ramollissement cérébral dans l'un ou l'autre de ces états, et ne trouvant pas, dans cette altération, les caractères d'une maladie asthénique, ils doivent la regarder comme une inflammation. En pensant ainsi, ils ne sont que conséquents à leurs théories; mais pour nous, qui pensons que, dans une foule d'états morbides, il n'y a pas plus hypersthénie qu'asthénie, mais simple perversion des actions vitales, nous ne sommes pas plus obligé de regarder le ramollissement cérébral ou tout autre ramollissement comme une inflammation, que les tubercules comme une pneumonie. C'est une altération spéciale de la nutrition qui peut survenir sous l'influence de conditions morbides bien différentes les unes des autres. Chercher à bien déterminer ces conditions diverses, voilà le travail à faire, travail difficile sans doute, mais d'une bien autre importance que celui dans lequel on s'est épuisé dans ces derniers temps, lorsqu'on a voulu ramener tout ramollissement cérébral à n'être qu'une des formes ou qu'un des degrés de l'inflammation des centres nerveux. Nous sommes intimement convaincu qu'en procédant ainsi, on s'est engagé dans une route diamétralement opposée à celle qui doit conduire au vrai. Nous aussi nous pourrions grouper des faits pour démontrer que le ramollissement est susceptible d'être produit par des causes toutes différentes de l'inflammation. Ainsi nous trouverions un groupe de faits d'où il résulterait que l'oblitération commençante des artères qui se rendent au cerveau, est une des conditions qui concourent à la production d'un certain nombre de ramollissements. Nous citerions d'autres faits qui nous montreraient une coïncidence remarquable, outre l'appauvrissement du sang ou une altération quelconque de ce liquide et le ramollissement d'un grand nombre de nos tissus. Sont-ce là véritablement autant de causes de ramollissements? L'avenir le décidera, l'avenir découvrira sans doute beaucoup d'autres causes que, dans

l'état actuel de nos connaissances, nous ne sommes pas même en état de soupçonner. Tout ce que nous affirmons, c'est qu'il faut chercher ailleurs que dans une inflammation la cause de tous les ramollissements. Il ne nous semble même pas que le fait de la présence d'une quantité insolite de sang au milieu d'un tissu ramolli, soit une démonstration suffisante que la cause de son ramollissement est l'irritation; ne peut-il pas se faire que ce sang surabondant n'ait afflué dans les parties ramollies que d'une manière toute consécutive? Voyez ces cas, où, après qu'un membre est resté pendant de longs jours simplement paralysé, il vient tout à coup à se roidir, à se convulsionner, à se contracturer : à l'ouverture du corps, on trouve souvent, en pareil cas, une partie du cerveau ramollie et en même temps rougie par du sang; le ramollissement peut alors conduire à admettre que l'injection sanguine n'est arrivée que comme une simple complication du ramollissement, et que c'est elle qui a fait succéder les phénomènes d'excitation à la simple perte du mouvement. Pour se rendre compte de la cause qui a simultanément ramolli un tissu, ne verra-t-on jamais rien au-delà du simple fait d'une irritation qui a agi sur ce tissu? Mais est-ce donc dans les gencives d'un scorbutique que réside la cause qui les a en même temps hypérémiées et privées de leur consistance?

» Voilà sans doute bien des questions soulevées, qui attendent que des faits rigoureusement observés viennent les juger et les résoudre; mais il suffit, ce nous semble, que l'on comprenne que de semblables questions peuvent être posées, et que dans l'avenir de la science leur solution est possible, pour qu'on se méfie singulièrement de l'opinion qui rapporte tout ramollissement à une inflammation. Parce que le cerveau se ramollit à la suite d'un coup porté sur le crâne, est-ce à dire que toutes les fois qu'il aura perdu sa consistance il aura dû être préliminairement irrité?

» Si la science ainsi comprise se refuse à admettre l'inflammation comme une cause unique de ramollissement du cerveau, si elle entrevoit à ce ramollissement bien d'autres causes, pour la démonstration desquelles elle attend de nouvelles recherches, il est bien clair que l'expression d'encéphalite ne saurait être employée comme synonyme du mot *ramollissement*. Nous ne pensons pas non plus qu'il soit convenable, ainsi que l'a fait le savant professeur Cruveilhier, d'appeler cette altération une apoplexie capillaire. Dans un certain nombre de cas, à la vérité, le ramollissement s'accompagne, ou mieux, se complique d'infiltrations sanguines ou d'épanchements de sang plus ou moins multipliés; mais dans la présence de ce sang ne consiste certainement pas l'essence de la maladie, et il y a au moins autant de ces cas dans lesquels on n'en trouve pas la moindre trace. Le ramollissement peut donc être ou une apoplexie capillaire, ou une encéphalite, mais il n'est nécessairement ni l'une ni l'autre. » (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 524.)

M. Durand a été aussi absolu que M. Lallemand, et il n'a vu dans tous les ramollissements que les caractères actuels ou consécutifs de l'inflammation.

« Nous avons vu, dit-il, que le ramollissement cérébral est souvent précédé de phénomènes précurseurs et que ces phénomènes ne sont autre chose que des symptômes de congestion cérébrale. Que se passe-t-il maintenant au début du ramollissement lui-même, lorsqu'il se développe rapidement sous nos yeux, dans sa forme aiguë, par exemple?

» Le plus souvent, c'est une attaque d'apoplexie, comme dans l'hémorrhagie cérébrale : perte subite de connaissance; hémiplégie ou paralysie générale; évacuations involontaires; déviation de la bouche; mort en un, deux, trois, huit jours. C'est là la forme apoplectique la plus commune de toutes; ou bien c'est un accès de délire aigu, sans altération du mouvement, ou un accès de convulsions; c'est une forme atonique. D'autres fois encore, de la céphalalgie, de l'affaiblissement d'intelligence, une paralysie graduellement croissante dans un membre ou tout un côté du corps, forment un ensemble de symptômes qui s'accroît d'heure en heure, et conduit rapidement, en quelques jours, à la mort, ou passe à l'état chronique, transition qui peut, aussi bien qu'une prompte mort, suc-

céder à chacune de ces formes symptomatiques.

» Ainsi, tantôt le ramollissement aigu passe à l'état chronique, tantôt il se termine immédiatement par la mort.

» Or, je prends ce dernier cas, celui où la mort a permis d'étudier la maladie sur le cadavre avant qu'elle ait subi les évolutions anatomiques dont j'ai donné, dans un autre travail, la description détaillée, et je trouve dans tous les cas, soit apoplectiques, soit ataxiques, soit à marche graduellement croissante, les mêmes altérations; ramollissement rouge, simplement pultacé, uniformément rouge dans la substance corticale, avec boursouflement des circonvolutions, rouge avec injection fine, pénicellée; plaques rougeâtres, points rouges dans la substance médullaire, c'est-à-dire les lésions anatomiques les plus incontestablement caractéristiques de la congestion cérébrale, et, de plus, un état de ramollissement en général limité à une partie seulement des points congestionnés.

» On comprend que ce n'est pas à de vieux ramollissements, âgés de plusieurs années, qu'on peut aller demander leur origine, leur mode de formation; c'est à l'époque de leur naissance qu'il faut les étudier; il faut s'efforcer de remonter à leurs premiers jours, à leurs premières heures même, et c'est ce que j'ai fait; c'est ainsi que j'ai pu réunir vingt-neuf cas de ramollissement aigu, tous observés et publiés par moi, la plupart avec de minutieux détails, et montrant tous la manière dont le cerveau vient à se ramollir à la suite d'une congestion, d'une fluxion locale de sa substance.

» Nous avons parlé tout à l'heure des formes symptomatiques très diverses par lesquelles débute le ramollissement aigu; des phénomènes tout semblables, à début soudain, à marche rapide, ne s'observent-ils pas dans la simple congestion cérébrale?

» La forme apoplectique du ramollissement répond au coup de sang; sous cette forme, le ramollissement est souvent, avons-nous dit, impossible à distinguer de l'hémorrhagie; mais on sait bien qu'il est souvent impossible, d'un autre côté, de distinguer si une attaque ne tient qu'à une congestion passagère ou à une hémorrhagie; l'issue souvent seule en décide. Ainsi, ramollissement, hémorrhagie, congestion sous la forme apoplectique, s'annoncent souvent par des phénomènes tout semblables, et que distinguent seulement leur durée et leur terminaison.

» Il en est de même pour le délire aigu; on voit des individus qui, lorsque le sang leur porte à la tête, au lieu de tomber sans connaissance, battent la campagne, délirent sans fièvre; une saignée, les sinapismes, les débarrassent en peu de temps. J'ai observé maintes fois de pareils faits chez de vieilles femmes de la Salpêtrière; M. Andral rapporte des exemples de ce genre. Il en est de même encore, bien que plus rarement, pour des attaques de convulsions épileptiformes. N'y a-t-il pas également une forme de congestion cérébrale dans laquelle on voit la tête s'alourdir, la langue s'embarrasser, tous les membres ou seulement un ou deux devenir pesants, engourdis, fourmillants? Cela dure quelques heures, puis se dissipe de soi-même ou par une émission sanguine, car tous ces accidents ont cela de particulier dans la congestion cérébrale simple, que, si on les voit tous les jours céder instantanément à un traitement actif, on ne les voit pas moins souvent, même sous la forme la plus grave, se dissiper spontanément. Seulement, dans ce dernier cas, ils laissent ordinairement un plus mauvais état, et demeurent plus disposés à reparaître.

» N'est-on pas déjà frappé de ceci, car les faits auxquels je fais allusion, sont, je pense, assez connus, pour que de simples indications permettent de saisir facilement les rapprochements que j'établis entre eux; qu'au début du ramollissement, dans le ramollissement aigu enfin, soit que nous envisagions les phénomènes symptomatiques ou les phénomènes anatomiques, nous retrouvions toujours dans les uns comme dans les autres les caractères de la congestion cérébrale? Pendant la vie, formes identiques avec celles de la congestion cérébrale, en différant seulement par leur persistance et leur issue; après la mort, tous les signes cadavériques de la fluxion sanguine du cerveau, et, de plus, un commencement de ramollissement de la pulpe nerveuse.

» Je dirai plus : nous ne trouverions pas ici la congestion sensible à la vue et au toucher; la congestion ne serait qu'une

hypothèse pour nous, qu'elle seule encore pourrait nous rendre compte de la manière dont les choses se passent.

» Qu'arrive-t-il en effet au début du ramollissement? Je prends pour exemple la forme apoplectique, si commune, chez les vieillards surtout, que sur soixante-quatorze cas de ramollissement observés dès leur début par M. le professeur Rostan et par moi, à la Salpêtrière, elle a été rencontrée cinquante-neuf fois. Suppose-t-on qu'au moment même où le malade est tombé sans connaissance la pulpe nerveuse se sera ramollie à l'instant, comme de la cire se ramollit et coule dès l'approche d'un corps en ignition? On comprend bien que la rupture d'un foyer hémorrhagique déchire soudainement la pulpe nerveuse; mais que celle-ci vienne à se ramollir spontanément, en un instant, je n'oserais affirmer que ce fût impossible, mais c'est difficile à concevoir. Si l'on admet au contraire qu'une fluxion sanguine ait eu lieu subitement, comme il lui est ordinaire, on comprendra l'apparition foudroyante des accidents; puis, qu'un travail morbide, moléculaire, de la pulpe nerveuse s'en soit suivi et en ait amené le ramollissement, en quelques heures sans doute, mais enfin, d'une manière graduelle, on trouvera là une série de phénomènes concordant parfaitement ensemble, les symptômes avec les lésions anatomiques, et ces dernières entre elles; l'altération organique suivant la phlogose sanguine. Mais enfin, ce n'est pas là une hypothèse, puisque nous retrouvons sur le cadavre les indices manifestes de cette fluxion sanguine.

» Nous la retrouvons, il est vrai, presque toujours partielle, limitée aux circonvolutions ou à une portion circonscrite de la substance médullaire. Probablement, elle était générale au début, et elle n'aura persisté qu'autour du point qui sera devenu le siége d'une altération de texture. M. Bouillaud l'a vu ainsi, car il dit, en parlant de cette période de l'encéphalite où la phegmasie n'existe pas encore, et qu'il caractérise ainsi : rougeur, injection sanguine, gonflement et légère induration de la substance cérébrale : « Il existe entre » cet état et le ramollissement (qui lui » succédera) une différence qu'il importe » de noter, et qui consiste en ce que le » premier est presque constamment géné- » ral, tandis que le second est presque » toujours local, partiel, circonscrit. »

» Mais voici qui prouvera encore une fois la solidarité de cette congestion, que nous considérons anatomiquement comme primitive, avec ce ramollissement que nous regardons comme consécutif. C'est que dans des cas où la mort, survenue avant les vingt-quatre premières heures, ou le deuxième, le troisième jour, nous a permis de saisir la maladie le plus près possible de son début; nous avons vu le ramollissement commençant à peine, bien juste saisissable au moyen d'un courant d'eau, occupant la place d'une amande, au milieu d'une auréole de congestion sanguine; puis, s'il y avait un ou deux jours de plus, c'était une pulpe molle, désorganisée plus complétement et dans une grande étendue. Les exemples de ce genre sont bien frappants; ils nous font assister en quelque sorte à la formation du ramollissement. Je ne dis pas que tous les faits nous présentent une concordance aussi parfaite entre le temps et la lésion; on sait bien que les phénomènes pathologiques ne se régularisent pas pour notre plus grande satisfaction; mais je parle de l'ensemble, de la généralité des faits. » (Durand-Fardel, *Mémoire sur la congestion cérébrale dans ses rapports avec l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau. Bull. de l'Acad. de médecine*, t. XIII, p. 351.)

Ailleurs le même auteur dit encore, parlant d'abord du ramollissement aigu, puis du ramollissement chronique :

« Les faits nous apprennent que le ramollissement aigu est essentiellement caractérisé par la rougeur des parties ramollies, et le ramollissement chronique par l'absence de rougeur.

» Ces deux faits sont en quelque sorte la clef de l'histoire du ramollissement: occupons-nous d'abord de les bien constater, et cherchons à apprécier la valeur des expressions qu'ils présentent.

» Il est difficile d'assigner des limites très précises au passage du ramollissement aigu à l'état chronique; il est dans le cerveau, comme dans les autres organes, des lésions qui, bien que de même nature, tantôt marchent avec lenteur, tantôt parcourent leurs périodes avec une grande

rapidité. Cependant, prenant pour limite l'espace qui sépare le vingtième du trentième jour, on peut dire, relativement à la rougeur, qu'il est fort rare qu'elle disparaisse avant le vingtième, ou qu'elle se montre au delà du trentième.

» On se rappelle quels sont les caractères de cette rougeur, formée par une simple injection, ou par une infiltration sanguine, ou par une coloration uniforme, ou des marbrures isolées, très vives ou peu prononcées, occupant une partie ou la totalité de l'altération; mais quelle qu'en soit la forme ou l'intensité, nous la retrouvons toujours comme trace de la congestion sanguine qui nous paraît l'origine constante du ramollissement.

» Il y a des cas, cependant, où un ramollissement aigu se montre sans rougeur. Dans ce cas, tantôt on trouve une coloration jaune, tantôt de la suppuration.

» Nous savons maintenant que la coloration jaune de la substance cérébrale est l'indice certain de la présence du sang, à une époque quelconque, dans le point coloré : lors donc que nous rencontrerons un ramollissement aigu avec une teinte jaune, nous en conclurons, nécessairement, qu'il était infiltré ou injecté de sang à son début.

» Lorsqu'un ramollissement vient à suppurer, il est très rare qu'il conserve sa rougeur, et cependant il est impossible qu'il n'en ait pas présenté un commencement, puisque l'idée de suppuration est inséparable de celle de la congestion sanguine qu'entraîne nécessairement avec elle toute inflammation. Le cerveau présente cela de commun avec d'autres organes, et rien n'est plus ordinaire que de voir une pneumonie au bout de peu de jours, lorsqu'elle est passée à l'état d'hépatisation grise, ne plus offrir aucune trace de la rougeur qui y était si vive à son début.

» Voici donc deux exceptions apparentes qui rentrent dans la règle que j'ai établie; mais il n'est pas toujours facile d'apprécier si les faits rapportés par les auteurs y peuvent être ramenés; car d'une part on voit souvent noter l'absence de rougeur d'un ramollissement sans qu'il soit indiqué s'il offre ou non quelque autre coloration; et d'un autre côté les caractères de la suppuration sont loin d'être toujours clairement définis.

» Reste-t-il maintenant des cas de ramollissement aigu sans rougeur, sans coloration jaune et sans suppuration? Je consacrerai un chapitre particulier à l'examen de cette question, et à l'étude des faits qui ont été présentés comme tels : quant à moi, je déclare que je n'en ai jamais rencontré.

» J'ai dit que le ramollissement chronique était caractérisé par l'absence de rougeurs.

» On ne découvre souvent, dans les ramollissements anciens, aucune trace de vascularisation; dans la plupart, cette dernière est infiniment peu prononcée; quelques uns cependant présentent des vaisseaux nombreux et bien développés. Il ne paraît donc y avoir rien d'impossible à ce qu'on y trouve quelquefois une rougeur plus ou moins analogue à celle qui se rencontre constamment dans le ramollissement aigu. Ce fait est cependant infiniment rare, comme on va le voir par les relevés suivants, et le petit nombre d'exceptions qui se présentent encore à cette règle, ne diminuent en rien l'importance que nous avons cru devoir lui attacher.

» Afin que l'on puisse apprécier immédiatement la valeur des propositions que je viens d'émettre, je vais exposer les résultats que donne, sous ce point de vue, l'analyse de mes observations, de celles de M. Rostan, de M. Andral, de la première lettre de M. Lallemand et du mémoire de M. Raikem, ce qui donne une masse de plus de deux cents observations.

» Parmi les trente premières observations de l'ouvrage de M. Rostan, la couleur du ramollissement n'est indiquée que dix-sept fois; neuf fois il y avait de la rougeur; huit fois une couleur différente.» (Durand, *Traité du ramollissement*, p. 75.)

« Faut-il donc définitivement refuser d'admettre des ramollissements primitivement blancs? Avant de répondre à cette question, il importe de bien préciser l'état de la science sur ce sujet.

» Pour la plupart des auteurs, il existe deux espèces distinctes de ramollissement: un ramollissement rouge et un ramolissement blanc. Ce seraient là deux altérations

toutes différentes et qui n'auraient de commun entre elles que leur siége dans les centres nerveux et le fait de la diminution de consistance de la pulpe cérébrale. Par un abus de langage, on comprend généralement sous cette seconde dénomination tous les ramollissements qui ne présentent pas de rougeur, car on ne saurait considérer comme sérieuses les distinctions que l'on a voulu établir entre tous les ramollissements de couleurs différentes, gris, jaunes, etc.

» Rien n'est plus facile que de démontrer que cette distinction absolue du ramollissement rouge et du ramollissement blanc est tout à fait contraire à la vérité. Il nous a été parfaitement aisé d'établir cette division générale du ramollissement aigu et du ramollissement chronique, à laquelle on voit correspondre avec la plus grande fidélité l'absence ou la présence de rougeur dans le ramollissement.

» Si quelques faits semblent en opposition avec les propositions générales que j'ai établies, j'ai démontré que la plupart rentraient cependant dans la règle commune.

» Ainsi, parmi les faits que l'on nous donne comme exemples de ramollissements récents sans rougeur, nous trouvons chez les uns une coloration jaune, qui montre que du sang les avait pénétrés dans leur principe; chez les autres un état de suppuration qui explique la disparition de la rougeur en même temps qu'il témoigne de leur nature. Beaucoup de ces prétendus ramollissements blancs récents ne sont autre chose que des ramollissements chroniques; tantôt on manque de renseignements ou on n'en a que d'incomplets sur l'époque qui a précédé les accidents de la fin de la vie; d'autres fois, on n'a pas su apprécier la valeur de phénomènes que l'on a négligés ou considérés comme des prodromes, tandis qu'ils annonçaient déjà le développement lent et graduel de l'altération organique; d'autres fois enfin, la maladie était restée latente pendant ses premières périodes, et l'on avait faussement fixé son début à l'époque où avaient apparu ses premières manifestations.

» D'autres fois encore, on s'est trompé sur la nature de l'altération anatomique, et l'on a pris pour un ramollissement ce qui n'était qu'un véritable œdème du cerveau. Ceci s'applique surtout au ramollissement blanc des parties centrales du cerveau, septum lucidum, voûte à trois piliers. Il est certain que cette altération se montre en général dans des conditions toutes particulières, et qui la distinguent entièrement de toutes celles dont nous avons réuni tant d'exemples dans cet ouvrage. Ce ramollissement demande une étude toute spéciale; je ne l'ai pas assez souvent observé pour pouvoir jeter moi-même un grand jour sur son histoire; d'ailleurs, c'est dans les hôpitaux consacrés à l'enfance et non dans les hôpitaux de vieillards, qu'il faut l'étudier.

» Cette double circonstance conduit naturellement à penser qu'il existe entre ces deux phénomènes une relation de cause à effet, et il ne répugne nullement à l'esprit d'admettre que ce ramollissement soit dû à une imbibition du tissu cérébral par le liquide épanché, à un véritable œdème. Je m'exprime ainsi parce que je dois convenir qu'il n'existe actuellement aucune démonstration directe ou indirecte de la vérité de cette proposition; c'est simplement une vue de l'esprit; mais je lui crois beaucoup de vraisemblance et même de probabilité.

» J'ai dit précédemment quelque chose de la faculté d'absorption et d'imbibition dont jouit la substance cérébrale. Ce que nous supposons ici serait un phénomène d'imbibition; j'ai rappelé que de semblables phénomènes se passaient assez fréquemment et avec une grande évidence dans la pulpe cérébrale; ensuite, et j'en appelle à toutes les personnes qui ont observé ces ramollissements, il est certain que cette pulpe blanche, molle, déliquescente, ou plutôt comme délayée, a tout à fait l'air d'une substance infiltrée, imbibée de liquide.

» Je sais que l'on a argué contre cette opinion des cas beaucoup plus rares où l'on trouve les parties centrales du cerveau saines et même très fermes au milieu de semblables épanchements et de ceux où des ramollissements tout semblables en apparence se montrent sans épanchement notable. Mais de ce que nous ne savons pas quelles conditions peuvent présider à cette infiltration séreuse, à cet œdème de la pulpe nerveuse, ou s'y opposer, il ne s'ensuit pas que ce phénomène ne puisse

avoir lieu dans certaines circonstances données, et manquer dans d'autres. Souvent, dans ces derniers cas, il y a au contraire un certain degré d'induration de ces parties; ne serait-ce pas précisément le travail pathologique auquel est due cette induration qui se serait opposé à l'infiltration de la sérosité? Lorsque l'on trouve de semblables ramollissements sans épanchement, n'est-il pas possible que le liquide épanché ait disparu par résorption, à une époque quelconque avant la mort, tandis que la pulpe infiltrée n'aurait pu revenir à un état normal? Ce n'est là qu'une supposition, mais enfin cette supposition repose sur un fait dont la possibilité ne saurait être contestée. » (*Ibid.*, p. 473.)

M. Calmeil est revenu aux idées de M. Rostan et de M. Andral; et voici comment il motive son opinion :

« Parmi les problèmes qui ont donné lieu à la plus grande divergence d'opinions entre les pathologistes, nul ne semble plus difficile à résoudre que celui-ci : le ramollissement local du cerveau doit-il toujours être confondu avec l'encéphalite locale? L'on sait avec quel talent l'auteur de la doctrine physiologique, MM. Lallemand, Bouillaud, et après eux une foule de médecins étrangers, ont soutenu que la désorganisation du tissu nerveux encéphalique était constamment et nécessairement une conséquence de l'inflammation. Il est facile, en effet, en appelant l'analogie à son secours, en prouvant que dans tous les tissus de l'économie l'état fluxionnaire entraîne promptement une diminution de consistance; en mettant en avant ce qui se passe dans les plaies de tête, où l'on voit la congestion sanguine toujours précéder la suppuration de la partie du cerveau contuse ou dénudée; en mettant en relief tous les cas de ramollissements spontanés, avec hypérémie, accumulation de sang et de pus; en admettant, de plus, que l'aspect particulier des ramollissements blancs est dû à l'infiltration du pus dans la trame du tissu cérébral; il est facile, dis-je, de donner à l'analogie toute l'apparence de la vérité; et en plaçant sous les yeux des juges les exemples de ramollissements les plus évidemment inflammatoires, l'on est parvenu à persuader au plus grand nombre des pathologistes, peut-être, que le ramollissement cérébral ne doit jamais être séparé de l'encéphalite partielle. Mais je ne crois pas que cette proposition, émise d'une manière absolue, bien que très souvent incontestable, puisse tenir en présence de tous les faits et d'une logique rigoureuse. En invoquant l'expérience et la réflexion, l'on ne tarde pas à comprendre que ce qui est vrai pour les espèces réellement comparables, peut cependant être faux pour un certain nombre de cas qui ne doivent pas entrer en ligne de comparaison, et l'on finit par se demander où est la preuve qu'un ramollissement blanc avec anémie, sans infiltration purulente, entraînant la mort sur une personne débile dans un délai rapide, a été réellement précédé d'un état fluxionnaire de tissu ramolli? cette preuve me semble encore à trouver. Cette vérité est si bien sentie par l'illustre auteur de l'*Examen des doctrines*, qu'il admet des encéphalites sans hypérémie, sans production de chaleur, sans réaction sur le cœur et sur les artères. » (Broussais, *Examen des doctrines médicales*, etc., t. IV, p. 654.)

» Les considérations que nous venons de faire ressortir, et qui sont soutenues avec une vigueur de raisonnement qui ne laisse aucune prise à la réplique dans le précieux ouvrage de M. Rostan, dans la clinique de M. Andral, ne permettent pas, selon moi, quant à présent, d'assigner la même nature à tous les ramollissements qui affectent la pulpe encéphalique. Il me paraît donc vrai, même après avoir lu les recherches pleines d'intérêt de M. Durand-Fardel, que l'on devra continuer à admettre, avec M. Rostan, qu'il existe, en dehors du ramollissement inflammatoire, un ramollissement non inflammatoire, tenant à une dégénérescence particulière du tissu nerveux, ramollissement qui a ses signes, une série de caractères qui lui sont propres. » (Calmeil, *Dict. de méd.*, en 30 vol., t. XXVII, p. 220, art. RAMOLLISSEMENT.)

Nous devons ajouter, avant de terminer ce que nous avons à dire sur la nature du ramollissement, que M. Durand lui-même, malgré ses opinions si absolues, fait néanmoins les concesssions suivantes, après avoir longuement traité la question qui nous occupe et avoir conclu comme nous l'avons vu :

« Maintenant, dit-il, il est certain qu'il existe dans la science quelques observations de ramollissements blancs ou plutôt sans rougeur, et qui paraissent avoir suivi une marche tout à fait aiguë. Je vais rapporter ici quelques exemples de ce genre, car c'est mon devoir d'exposer les faits qui sont en contradiction avec mes opinions, tout aussi bien que ceux qui cadrent le mieux avec mes idées.

» Obs. 1. *Perte de connaissance; résolution et insensibilité générales; mort au bout d'un jour et demi. — Ramollissement de la protubérance annulaire, blanche en dessus, grisâtre en dessous.*

» Une femme, âgée de trente-quatre ans, jouissait depuis quelque temps d'une santé précaire, et se plaignait de douleurs vagues dans la tête, etc. Le 21 mars, vers minuit, elle perdit tout à coup connaissance, l'usage des sens et celui de la parole; elle resta dans cet état jusqu'au lendemain, où elle fut conduite à l'Hôtel-Dieu. Elle était alors dans un profond assoupissement, la tête renversée en arrière, les yeux fixes et strabiques, les pupilles contractées et immobiles à l'aspect d'une bougie; les membres paralysés cédaient à leur propre poids; sensations presque nulles; sensibilité très émoussée, cris plaintifs, stertor; pouls naturel. Le 23, même état; le soir, accroissement des symptômes. Mort la nuit suivante.

» *Autopsie.* — Le cerveau proprement dit n'offrait aucune altération; il n'y avait que très peu d'eau dans les ventricules latéraux; mais la protubérance était profondément altérée dans sa substance, qui se trouvait réduite à une sorte de bouillie blanche à la partie supérieure et grisâtre inférieurement. Le cervelet ne présentait aucune altération.

» Obs. 2. *Hémiplégie droite subite; perte de la parole; mort au bout de cinq jours. Ramollissement sans changement de couleur du corps strié gauche.*

» Une femme, âgée de soixante-treize ans, d'une bonne santé, ne se plaignant jamais de la tête, sentit un jour, sans perdre connaissance, sa jambe droite fléchir sous elle et elle tomba. On la releva sur-le-champ; elle était paralysée du côté droit. Le surlendemain, hémiplégie droite complète, point de contracture, conservation de la sensibilité. On assure qu'il n'a existé ni roideur ni convulsions. La parole est abolie; l'intelligence paraît bien conservée. Lorsqu'on lui demande où elle souffre, elle porte la main à la joue droite. La bouche est déviée à gauche; les pupilles naturelles; les sons intacts. La langue est sèche et rouge; le pouls dur à 80; la face pâle; la respiration fréquente et sifflante. Une saignée est pratiquée et répétée le lendemain; le pouls était alors à 116, et la respiration plus fréquente. La seconde saignée seule se couvrit d'une couenne. Les deux jours suivants, on observa des signes d'engouement du poumon, et la malade succomba dans un état d'asphyxie le cinquième jour.

» *Autopsie.* — Les grosses veines qui rampent entre les circonvolutions sont gorgées de sang; la pie-mère est injectée. Les circonvolutions ne le sont point. Le corps strié du côté gauche a perdu sa consistance accoutumée. Le ramollissement dont il est le siége commence à trois lignes au-dessous de sa surface intérieure, et en occupe à peu près toute l'étendue. Il n'y a véritablement que sa partie la plus superficielle qui ait conservé sa consistance, et qui forme l'enveloppe d'une coque remplie d'une bouillie, dans laquelle on retrouve la couleur ordinaire du corps strié. On y distingue encore les deux substances grise et blanche. Celle-ci est cependant d'une teinte moins brillante; quelques vaisseaux isolés de la substance nerveuse et comme disséqués, traversent les parties ramollies, qui ne présentent elles-mêmes aucune injection, aucune trace d'épanchement de sang. Les parties *environnantes* sont parfaitement saines.

» Obs. 3. *Hémiplégie gauche. Mort au bout de neuf jours. Ramollissement blanc de l'hémisphère droit.*

» Un homme de soixante-dix ans, jardinier, très fort et robuste pour son âge, est pris d'une violente céphalalgie et d'une hémiplégie gauche. Il s'y joignit un délire presque continuel, et il mourut dans cet état le même jour. L'hémiplégie demeura complète jusqu'à la fin, et ne s'accompagna jamais de contracture. La sensibilité

demeura intacte ; dans les derniers jours seulement, elle parut un peu exagérée.

» *Autopsie.* — Il n'y a aucune injection dans le cerveau ni dans les méninges. Au-devant du centre ovale droit on trouve un ramollissement blanc de l'étendue d'une petite noix, se détachant en flocons sous un filet d'eau. Le corps strié est très mou, sans rougeur ni injection. »

Obs. 4. *Céphalalgie ; attaque apoplectiforme ; hémiplégie droite ; mort le second jour. Ramollissement général du cerveau.*

« Une femme de soixante-quatorze ans était affectée d'un cancer de l'utérus. Un jour elle se plaint de céphalalgie. Trois jours après, elle tombe dans un état apoplectique avec paralysie des membres droits, flasques et sans roideur ; la sensibilité persiste ; elle donne des signes de connaissance. Le lendemain, stertor, assoupissement profond ; mort.

» *Autopsie dix-huit heures après la mort.* — Sérosité rouge, abondante dans l'arachnoïde. Le cerveau s'affaisse sous son propre poids, et offre un état de ramollissement général. L'hémisphère gauche se trouve dans un état de ramollissement presque diffluent ; le droit est également ramolli partout, mais à un degré moindre ; la substance corticale du lobe postérieur est moins ramollie que la blanche ; il en résulte que ce lobe forme une sorte de poche qui renferme la substance blanche en détritus. Partout la couleur naturelle est conservée. La pie-mère enlève partout la substance corticale. Le cervelet est remarquablement mou, sans paraître altéré dans sa texture.

» Voici quatre observations qui paraissent des exemples aussi certains que possible du ramollissement aigu sans rougeur. Si trois de ces individus étaient septuagénaires, deux d'entre eux étaient bien portants et robustes, et un quatrième n'avait que trente-quatre ans. Supposerons-nous que si ces altérations n'ont pas offert de rougeur sur le cadavre, c'est qu'elles existaient à l'état latent, à une époque antérieure à l'apparition des accidents qui ont terminé la vie, ou bien encore que les traces de la congestion qui les avait accompagnées au moment de leur formation avaient disparu tout à la fin de la vie ou après la mort? Je ne prétends nullement que les choses aient dû se passer ainsi ; je me suis déjà expliqué relativement à cette dernière hypothèse ; je dis que, sans en nier précisément la possibilité, je ne pensais pas que la congestion cérébrale disparût après la mort, comme le peuvent faire les injections vasculaires de certains organes. Quant aux ramollissements latents, j'ai dit et prouvé qu'ils pouvaient facilement induire en erreur touchant l'origine d'altérations qui auraient existé pendant un certain temps, sans donner lieu à aucune manifestation de leur présence ; mais ce fait, aisé à constater dans certaines circonstances, n'est pas toujours facile à appliquer à un cas donné ; aussi n'aurais-je pas même parlé de ces deux hypothèses, car on ne me reprochera jamais de forcer les faits pour les plier à mes doctrines, si elles n'avaient déjà été mises en avant précisément par des personnes qui ont soutenu l'existence d'un ramollissement primitivement blanc ou en ont rapporté des observations. Ainsi, M. Shédel, à qui nous avons emprunté l'observation 122, dit positivement qu'il pense que ce ramollissement était latéral, au moins en partie, et qu'il existait avant l'apparition des accidents observés. D'un autre côté, nous trouvons à l'article *Ramollissement du cerveau*, du *Compendium de médecine pratique*, le passage suivant : « M. Dechambre n'a vu que dans un cas le ramollissement partiel du cerveau débuter par des symptômes subits. Le malade perdit instantanément connaissance, et fut pris de convulsions du côté gauche. Quand ces spasmes eurent cessé, l'hémiplégie était complète. Elle diminua rapidement en quelques jours, puis se reproduisit à la suite d'une nouvelle attaque semblable pour persister enfin jusqu'à la mort. On ne trouva rien autre chose à l'autopsie qu'un ramollissement blanc dans l'hémisphère droit. Il est très probable, dit M. Dechambre, qu'une forte congestion sanguine, actuellement disparue, a été le point de départ de cette altération. » Je laisse à la sagacité du lecteur de décider si quelqu'une de ces hypothèses est applicable aux faits précédemment cités, ou s'il faut voir, comme je suis tout disposé à

l'admettre, des exceptions réelles ou apparentes aux lois auxquelles se montre généralement soumis le ramollissement cérébral. » (Durand-Fardel, *Traité du ramollissement*, Paris, 1843, p. 476.)

On pourrait ajouter à ces faits un grand nombre d'autres tout aussi concluants qui ont été observés par divers praticiens. De ce nombre est celui que nous avons emprunté précédemment à M. de Castelnau, et de ce nombre est encore le suivant que nous tenons du même observateur, et qui, comme le précédent, est encore curieux à plus d'un titre.

« Obs. 5. *Ramollissement cérébral, simulant une attaque d'apoplexie; hémorrhagie intestinale abondante; mort.*

» Simon, Marie, âgée de soixante-seize ans, portière, demeurant depuis très longtemps rue Saint-Jacques, de petite taille, yeux bruns, peau médiocrement blanche, embonpoint excessif, est entrée le 4 octobre 1841 à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 5.

» Cette malade ne pouvant rendre compte elle-même de son état, on recueille, auprès de son mari, les renseignements suivants : Elle a toujours joui d'une bonne santé, et depuis cinquante-cinq ans qu'elle est mariée, elle n'a jamais été obligée de garder le lit. Depuis quelques années seulement elle avait la respiration courte et s'essoufflait facilement en montant les escaliers : elle n'était point sujette aux maux de tête ni aux étourdissements. Elle a toujours vécu sobrement et ne buvait jamais plus d'un verre ou un verre et demi de vin dans une journée, à l'heure de ses repas. Elle n'a point éprouvé de douleurs rhumatismales ni goutteuses. Le 3 octobre, vers sept heures du soir, pendant qu'elle apprêtait le souper, elle fut prise brusquement de perte de connaissance, et elle tomba sans proférer un mot. Dans la journée il n'y avait absolument rien de changé dans son état; elle avait pris son café le matin et avait dîné vers deux heures avec un morceau de pain et du raisin. Le même état a persisté sans changement notable jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

» 4 octobre (soir). Face colorée en rouge, bouche déviée à gauche; l'œil droit se ferme bien, mais lorsqu'on cherche à élever la paupière supérieure, et que la malade fait en même temps des efforts pour tenir les yeux fermés avec le doigt, l'orbiculaire oppose beaucoup moins de résistance que celui du côté opposé; la sensibilité de la face est, au moins en partie, sinon entièrement, conservée; les pupilles sont normales; le buccinateur n'est point soulevé pendant l'expiration. Paralysie incomplète du membre supérieur droit, beaucoup moins prononcée à l'inférieur; tous deux donnent des signes de sensibilité. Intelligence en partie conservée; la malade se soulève un peu dans son lit lorsqu'on l'en prie; la parole est entièrement abolie; la malade ne peut qu'à peine ouvrir un peu la mâchoire; mais ne peut tirer la langue. La respiration est légèrement stertoreuse; on entend partout en avant le murmure vésiculaire; cœur à l'état normal; pouls assez développé, un peu dur, à 90; la soif ne paraît pas être bien prononcée; la déglutition est un peu difficile et provoque quelquefois de la toux. (Limonade; saignée de quinze onces, composée uniquement d'un caillot assez mou, non couenneux).

» 5. Même état; seulement l'intelligence est sensiblement plus développée; les urines sont rendues involontairement, ainsi que les fèces; cependant la vessie n'est point distendue, le pouls est encore assez développé. (Limonade; julep gommeux; calomel, 50 centigrammes; et jalap, un gramme; deux saignées de 14 à 16 onces. Diète.)

» 6. Exactement même état, seulement le pouls est plus faible et un peu plus fréquent, à 100; un peu de diarrhée; les deux saignées de dix et douze onces, sont comme celle d'hier. (Limonade; julep gommeux; quarante sangsues derrière les oreilles.)

» 7. Toujours même état; cependant il y a plutôt de l'amélioration qu'autre chose. La malade ouvre bien la bouche lorsqu'on le lui demande, mais ne peut tirer la langue. (Limonade; julep gommeux avec calomel 40 centigrammes, et jalap 50 centigrammes; 50 sangsues aux oreilles; vésicatoires aux jambes. Diète.)

» 8. La malade s'est un peu agitée cette nuit. Ce matin il n'y a ni coloration de la face, ni chaleur à la peau, ni fréquence

plus grande du pouls, qui est au contraire plus faible. Même état de l'intelligence et de la sensibilité. (Même prescription, moins les sangsues, les vésicatoires d'hier n'ayant pas pris.)

» 9. Toujours un peu d'agitation, avec un peu de chaleur à la peau et retour de la force du pouls. L'intelligence paraît un peu plus développée; la malade amène sa langue jusque sur le bord des lèvres, mais pas plus avant; celle-ci est droite et enduite de quelques viscosités transparentes; toujours un peu de diarrhée involontaire, ainsi que les urines. (Limonade; julep gommeux avec jalap, 50 centigrammes; trente sangsues à l'oreille gauche. Diète.)

» 10. Même état, même prescription, moins les sangsues.

» Le 11, le 12. même état.

» Le 13. le pouls devient très faible, il est à 84. (Même prescription; vésicatoires aux cuisses. Bouillon.)

» 14. La nuit, il y a toujours eu autant d'agitation que les jours précédents; ce matin, l'intelligence est presque entièrement perdue; le pouls est excessivement faible; souvent même on ne le sent pas; râle trachéal médiocrement abondant. (Limonade; potions avec eau de menthe, 100 grammes, et sirop d'œillet, 32 grammes; deux sinapismes aux jambes. La déglutition, qui s'était toujours faite assez facilement, est aujourd'hui assez gênée.)

» 15. L'agitation a été remplacée par du coma; le membre inférieur droit, qui avait toujours conservé un peu de mobilité, est aujourd'hui complétement immobile comme le supérieur, mais il donne encore des signes d'un peu de sensibilité; il en existe également au supérieur; tous deux retombent comme des masses inertes; ils n'ont jamais offert de contracture; ceux du côté gauche paraissent à l'état normal; la bouche est toujours déviée à gauche; les paupières sont fermées; les yeux sont droits, la cornée un peu terne, et les pupilles normales. Respiration fréquente, très gênée, râle trachéal abondant, pouls insensible, pas de garde-robes depuis hier. (Même prescription.)

» Morte à une heure après midi, le douzième jour de la maladie.

» *Autopsie vingt heures après la mort, température de 17° centigrades, humide.* — Embonpoint extrême; pour arriver jusqu'aux aponévroses abdominales, on trouve des couches de graisse qui, en certains points, ont jusqu'à trois pouces d'épaisseur.

» *Tête.* — La dure-mère et l'arachnoïde ne présentent rien de particulier; il y a environ une petite cuillerée à bouche de sérosité dans l'arachnoïde; la pie-mère est médiocrement infiltrée, des deux côtés à peu près également, mais plus à la convexité qu'à la base; elle se détache bien de la substance cérébrale. Les circonvolutions de la convexité de l'hémisphère gauche, surtout vers la partie moyenne, sont plus aplaties que celles de l'hémisphère droit; elles sont aussi plus molles au toucher; en les incisant, on les trouve, en effet, notablement ramollies, mais le ramollissement devient de plus en plus marqué à mesure que l'on descend, et lorsqu'on est arrivé au centre de la masse de la substance blanche, on trouve cette substance de la consistance d'une bouillie épaisse; le ramollissement porté à ce degré, s'observe dans une étendue de près de huit pouces cubes; sur les limites de cette espèce de foyer, il est de moins en moins considérable: en bas, il se prolonge jusqu'aux ventricules dont la paroi supérieure n'a pas encore toute sa consistance au dehors; en dedans, au contraire, le corps calleux est sain et sert de limite à la maladie; en avant et en arrière, ce n'est guère que dans l'étendue d'un pouce à un pouce et demi que la substance cérébrale a conservé son intégrité. Toute la portion ramollie a conservé exactement la même couleur que le reste du cerveau, qui est d'ailleurs d'une grande blancheur, et qui n'offre point le léger piqueté qu'on observe dans certains cerveaux non malades. Lorsqu'on laisse tomber un filet d'eau d'une certaine hauteur, une portion de substance est entraînée, et ce qui reste offre l'aspect des tissus déchirés. La couche optique, le corps strié, la voûte, la cloison demi-transparente, en un mot toutes les parties non décrites, sont dans l'état normal; les ventricules ne contiennent qu'une très petite quantité de sérosité. L'artère basilaire, et même la première moitié des cérébrales présentent de

nombreuses plaques cartilagineuses qui n'occupent jamais qu'une partie, ordinairement moins de la moitié de leur circonférence.

» *Thorax.* — Poumons s'affaissant à peine à l'ouverture des parois du thorax, non crépitants, faisant éprouver à la main qui les presse la sensation d'un oreiller de duvet, n'offrant point de bulles d'air infiltrées sous la plèvre, très blancs dans leurs trois quarts antérieurs et supérieurs, peu engoués dans l'autre quart ; bronches saines, péricarde sain, cœur contracté ; le ventricule gauche a ses parois internes presque en contact ; les cavités droites contiennent une petite quantité de sang coagulé, en partie noir, en partie jaune demi-transparent, comme gélatineux. La crosse de l'aorte est notablement dilatée ; elle offre, ainsi que les valvules aortiques, de nombreuses incrustations cartilagineuses ; les valvules présentent, même sur leur face aortique, deux ou trois petites végétations osseuses ; elles paraissent pouvoir très bien fermer leur orifice.

» *Abdomen.* — La moitié inférieure de l'intestin grêle, et la première moitié du gros intestin, contiennent une quantité considérable de caillots sanguins noirâtres ; le cœcum surtout en est complétement rempli ; la muqueuse, dans toute cette étendue, est lisse, bien résistante et d'une rougeur uniforme qui paraît due à l'imbibition. Cette rougeur n'existe que dans la portion d'intestin qui contient du sang. Tous les autres organes n'offrent rien à noter. L'utérus n'a point été examiné.

» *Résumé et réflexions.* — Ce fait nous offre un exemple remarquable de ramollissement simulant par ses symptômes initiaux et par sa marche une hémorrhagie cérébrale ; c'est certainement un des plus complets en ce genre. Dans ceux rapportés par M. Andral, le ramollissement avait été précédé par des prodromes qui, jusqu'à un certain point, auraient pu donner l'éveil, ou bien il avait suivi une marche qui se rapprochait plus de celle du ramollissement que de celle de l'hémorrhagie. Je suis persuadé que dans ce cas-ci le diagnostic était complétement impossible. La maladie, en effet, a débuté sans aucun prodrome, autant qu'on a pu s'en assurer par le mari de la malade, qui était un homme très intelligent ; aucun symptôme de contracture, de céphalalgie, de délire, n'a pu faire soupçonner l'erreur ; il est bien survenu un peu d'agitation, et aussi quelques légères rêvasseries dans le courant de la maladie, mais cela à une époque où de semblables symptômes pouvaient, avec toute apparence de raison, être rapportés à la réaction que déterminent, à une certaine période de leur existence, les foyers apoplectiques dans la pulpe cérébrale qui les environne. Enfin les derniers symptômes du coma qui ont succédé à cette faible réaction pouvaient être produits, ou bien par l'impossibilité dans laquelle se trouvait la malade de supporter une réaction plus forte, ou bien, et mieux encore, par une nouvelle hémorrhagie.

» Quant à la nature même du ramollissement, s'il est impossible de dire ce qu'il était, on peut du moins être certain de ce qu'il n'était pas. Il aurait fallu n'avoir jamais vu de pus dans la substance encéphalique pour pouvoir penser que le défaut de consistance fût dû ici à un mélange de ce liquide avec la pulpe nerveuse. Ce ramollissement ne présentait ni la couleur ni la texture, si je puis ainsi dire, du pus dans lequel on peut toujours, avec de l'attention, distinguer, surtout lorsqu'il est refroidi depuis longtemps, deux substances, l'une plus solide, l'autre plus fluide, comme séreuse ; enfin, sur les bords, il se confondait insensiblement avec la substance saine, sans qu'aucune limite enflammée l'en séparât. De plus, dans les points où le tissu n'était pas ramolli au point d'être réduit en bouillie, il était facile de suivre les fibres cérébrales qu'on ne voyait point séparées ou interrompues, ni par le pus ni par le sang, comme cela arrive dans l'inflammation. Quant au traitement, on a vu qu'il n'avait eu sur la marche de la maladie aucune influence appréciable. » (H. de Castelnau, *Études de clinique médicale*, inédit.)

Cette observation, ainsi que celle que nous avons citée du même auteur, prouve, contrairement à l'opinion de M. Durand, que lors même que le ramollissement ne dure qu'un temps bien inférieur à vingt jours, il peut parfaitement n'offrir aucune rougeur. Mais si ce fait est démontré, il n'est pas moins certain que, dans les cas

où la véritable encéphalite dure bien au-delà de vingt, et même de quarante jours, la rougeur et les autres caractères inflammatoires, sont loin de disparaître. Nous avons déjà vu qu'autour des abcès du cerveau on trouvait une auréole inflammatoire. L'observation suivante que nous devons encore à M. de Castelnau, et qui, comme les précédentes, est extrêmement curieuse par la précision des détails, prouvera que lorsque l'inflammation se prolonge sans produire des foyers purulents, mais bien des *infiltrations* purulentes, les caractères inflammatoires ne disparaissent pas pour cela : c'est aussi ce qui ressort de la fréquence des tumeurs rouges décrites par M. Lallemand, et qui ne sont en définitive que des inflammations chroniques.

Obs. 6. *Encéphalite; phlegmon chronique avec développement vasculaire; pus infiltré et foyers sanguins de la couche optique gauche; ramollissement des parties voisines; durée de neuf mois.*

«Hôpital Cochin, salle Saint-Jean, n° 11. Link, seize ans, chaudronnier, assez développé pour son âge, s'est toujours bien porté jusques il y a quatre mois. Il avait une intelligence convenablement développée, et l'activité ordinaire à son âge; il a fait une chute il y a un an, dans laquelle il paraît que la tête n'a pas porté, et qui n'a pas laissé de malaise à sa suite. Il est malade depuis quatre mois du mal de tête, qui a été graduellement en augmentant; au bout d'un mois, il a commencé à vomir ses aliments, ce qui a duré jusques il y a quinze jours; son intelligence s'est graduellement affaiblie; il a travaillé jusqu'à cette époque; il ne paraît pas qu'il ait toussé; toutes les personnes de sa famille se portent bien; il ne paraît pas qu'aucune ait été affectée de maladies cérébrales. Depuis quinze jours, il est alité et paraît avoir eu plus de fièvre; il a été saigné le 1er mars, jour de son entrée; il était, comme aujourd'hui, dans l'état suivant :

« 6 mai. Figure calme, état d'apathie très prononcé; quand on lui parle, il répond, mais on ne peut pas compter sur l'exactitude de ses réponses; il dit indifféremment oui et non aux questions qu'on lui fait; il paraît manquer de mémoire, et surtout il semble ne pouvoir pas réfléchir assez pour combiner une réponse à ce qu'on lui demande; il est immobile dans son lit, et reste à peu près indifférent à ce qui se passe autour de lui, quoique les yeux soient toujours ouverts; le pincement de la peau est senti, mais le malade n'exprime pas la douleur; on voit seulement qu'il est averti qu'on le touche; peu de sommeil; pupilles étroites; il dit n'avoir pas de céphalalgie; langue couverte d'un enduit blanc et assez épais; point de vomissements; point de toux; point d'appétit; peu de soif; la vessie est très distendue et sensible à la pression et au toucher de la sonde. On a extrait par le cathétérisme une assez grande quantité d'urine; peau fraîche; membres très souples, se mouvant très bien sous l'influence de la volonté; pouls mou et un peu fréquent.

» On a appliqué quinze sangsues au-dessous de chaque apophyse mastoïde; vésicatoires aux jambes; hier, saignée du bras, vésicatoire à la nuque, potion avec 40 centigrammes de calomel. Depuis cinq jours, le pouls est un peu moins fréquent, il n'y a pas de chaleur à la peau; la vessie s'est distendue de moins en moins par l'accumulation de l'urine, et actuellement le malade urine sous lui sans regorgement. Prescript. d'aujourd'hui : limon., julep gom., calomel, 40 centigr.: bouillon.

» 8. Exactement même état; intelligence toujours très douteuse; il répond toujours oui et non indifféremment et alternativement sur la même question, de sorte qu'on ne peut pas savoir même s'il y a de la céphalalgie; il ne dit pas un mot de la journée; il ne fait pas un mouvement dans son lit; il ne témoigne ni le moindre désir ni la moindre aversion, ne s'occupant pas des objets environnants, quoiqu'il soit parfaitement éveillé, et qu'à le voir, on puisse à peine le croire malade. Miction et défécation involontaires; il exécute très bien les mouvements qu'on lui commande de faire; langue humide et sale; point de vomissements; point de toux; point d'appétit; le malade prend seulement du bouillon. Diarrhée; peau fraîche; pouls assez plein, de 78 à 80. La faiblesse est telle que le malade ne peut se tenir sur son séant, et encore moins se lever

30 sangsues derrière les oreilles; calom., 40 cent.; bouillon.

» 10. Depuis que le malade prend du calomel, le dévoiement est continuel; aujourd'hui les lèvres sont gonflées; la muqueuse de la bouche est blanche, tuméfiée; l'haleine est fétide; il y a une salivation assez abondante. Même état général; le pouls est un peu moins fréquent que les jours précédents. Lim., 2 pots; jul. gom., 1 bout. d'eau de Sedlitz.

» 11. 67 puls.; la salivation augmente; même état du reste.

» 13. Même état d'apathie; réponses très difficiles à obtenir, et sur lesquelles on ne peut pas compter; cependant le malade paraît avoir une certaine dose d'intelligence; pupilles très contractées; lorsqu'il ouvre la bouche, la commissure gauche est un peu déviée vers l'oreille, et il y a une ride très manifeste de la commissure gauche au menton; lèvres moins gonflées; langue couverte d'un enduit épais, blanc; moins de crachottements; point de toux. Expansion vésiculaire normale; toujours de la diarrhée: même état des fonctions du rectum et de la vessie; le malade peut à peine se soutenir sur ses jambes lorsqu'on le lève; pouls à 60; peau plutôt froide que fraîche. Limonade, bouillon.

» 15. Toujours même état d'apathie; point de fièvre; peau fraîche; la salivation diminue. Le malade se place difficilement sur son séant; il chancelle; les contractions des muscles sont faibles.

» 17. Même état; vue nette, mais pupilles toujours contractées; point de roideur dans les membres. On s'est assuré que le malade ne s'était point livré à l'onanisme.

» 19. Pouls au-dessous de 60; même état.

» 22. Depuis quelques jours, pupilles moins contractées; elles sont devenues mobiles sous l'influence de la lumière; le malade commence à répondre juste aux questions; il paraît un peu moins indifférent à ce qui se passe autour de lui. Peau fraîche; pouls calme; plus de diarrhée; miction involontaire. Lim., 2 pots, jul. gom., soupes.

» 25. Hier, un peu de diarrhée; aujourd'hui quatre vomissements de matières bilieuses; on s'aperçoit d'un peu d'amaigrissement; point de fièvre.

» 26. La sensibilité de la peau paraît à peu près normale.

» 27. Sauf un peu d'amélioration dans l'intelligence, l'état général est à peu près le même; il ne s'occupe pas des objets extérieurs; il ne fait pas de mouvements dans son lit; quand on le lève, il est incapable de se soutenir; il lâche ses urines sous lui; il dit n'avoir point de céphalalgie; on n'obtient des réponses qu'avec une grande difficulté, et encore sont-elles très brèves; l'attention paraît se fatiguer avec une extrême facilité; les pupilles sont de nouveau contractées; il reste encore un peu de salivation; les lèvres sont toujours un peu tuméfiées; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre; un peu d'appétit; pouls large, assez vif, au-dessous de 60; peau fraîche. Lim. vineuse, julep gomm., soupes.

» 31. Toujours même état d'immobilité et d'indifférence; un peu d'appétit; figure calme; membres à l'état normal; urines involontairement rendues; peau fraîche; pas de fièvre.

» 1er juin. Depuis quelques jours, le malade ne peut plus se tenir sur son séant; aujourd'hui il est dans l'immobilité la plus complète, répond à peine par quelques mouvements de lèvres aux questions; il exécute de légers mouvements des membres quand on le sollicite, et les laisse retomber lorsqu'on les soulève; face calme; il mange à peine; point de contracture des membres; il témoigne peu de sensibilité lorsqu'on le pince; pouls plein, à 70.

» 2. Saignée de deux onces, un peu couenneuse; pouls plus mou.

» 4. Le malade ne donne que de très faibles signes d'intelligence; il n'a pas l'air d'entendre les questions qu'on lui fait; il n'exécute pas les mouvements qu'on sollicite; les pupilles sont un peu plus dilatées que de coutume; les mâchoires sont un peu serrées l'une contre l'autre; on s'assure que le malade voit des deux yeux; les membres sont flasques, ainsi que tout le corps; pouls fréquent, assez plein; peau chaude. La face est légèrement colorée en rouge. Lim., 2 pots;

julep gomm.; 24 sangsues; cataplasmes, sinapismes aux jambes.

» 5. Dans la journée, plusieurs petites secousses convulsives et tremblements; cependant les membres demeurent sensibles, et se meuvent sous l'influence de la volonté; il n'y a que de très faibles mouvements du membre supérieur droit; l'inférieur est à l'état normal; même état général. Lim., 12 sangs. aux apoph. mast.

» 6. 10 sansues au même endroit.

» 7. Continuation des accès de tremblement des membres gauches; le membre supérieur droit, qui est contracturé, reste habituellement demi-fléchi, et lorsqu'on l'étend, il se rétablit peu à peu dans la demi-flexion; le malade ne le sent que très faiblement. Même état général; seulement le malade est un peu plus éveillé.

» 9. Même état; apyrexie; peau fraîche.

» 12. Les yeux sont ouverts et restent fixes; le malade paraît cependant suivre de temps en temps les objets qu'on fait passer devant lui; il entend les questions qu'on lui fait; les dents sont moins serrées; les pupilles sont un peu dilatées. Depuis deux ou trois jours, on s'aperçoit que la commissure gauche est déviée vers l'oreille; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, épais; même état des membres, seulement le membre supérieur droit se meut davantage sous l'influence de la volonté; léger érysipèle sur le nez et les parties voisines des joues; peau fraîche; 44 puls.; pouls très petit.

» Depuis quelques jours, la rigidité du cou et du tronc est moindre; l'intelligence est plus étendue; le malade répond un peu aux questions, et exécute assez bien des mouvements qu'on sollicite; l'érysipèle de la face est très peu étendu; on n'aperçoit plus de tremblements; le membre supérieur droit, moins contracturé, exécute des mouvements volontaires; peau fraîche; pouls très lent. Lim., julep gom., potages féculents.

» 17. L'intelligence va graduellement en augmentant; le faciès est normal; le malade semble un peu s'occuper des objets environnants; il y a beaucoup moins de stupeur; la bouche, non déviée dans l'état de repos, se porte vers l'oreille gauche lors des mouvements; moins de contraction du membre supérieur droit, mais toujours faiblesse musculaire considérable; le membre inférieur est évidemment beaucoup plus faible que celui du côté gauche. Peau fraîche, pouls normal. Lim., sirop de guim., jul. gom., soupes.

» 24. Depuis le dernier examen, toujours même état; le malade est complétement immobile, indifférent à ce qui se passe autour de lui, difficile à exciter, toujours répondant par signes, de manière à faire comprendre qu'il entend ce qu'on lui dit; pupilles à l'état normal; la face de même; la déviation de la bouche est un peu moins sensible; on ne peut faire sortir la langue de la bouche; néanmoins elle jouit de sa sensibilité et d'une grande partie au moins de sa mobilité; le membre supérieur droit est rétracté jusqu'à la flexion complète; les doigts exécutent de légers mouvements volontaires; dans le membre inférieur droit, sensibilité normale; on ne peut en obtenir de mouvements, quoiqu'il paraisse que de temps en temps le malade se remue; membre gauche à l'état normal; le malade le fait mouvoir lorsqu'on le lui commande; le tronc est roide; un peu d'appétit; constipation; point de toux; urines involontaires; peau fraîche; pouls normal, assez fort: amaigrissement très prononcé; escarre au sacrum et sur l'un des trochanters. Lim. vineuse, julep gomm., 20 centig. extr. quinq., soupes.

» 1er juillet. Le malade commence à répondre; il assure qu'il n'a plus de céphalalgie; lors des mouvements, la commissure gauche se porte toujours vers l'oreille; déglutition très régulière; appétit; membre supérieur droit toujours fortement contracté et fléchi, impossible à étendre. Les mouvements du membre inférieur droit sont très faibles; mais il n'est point contracté; peau fraîche; pouls normal: battements des carotides à l'état normal; la rigidité du tronc est à peu près la même; seulement elle semble ne plus s'étendre au col. Lim., vin, vin de Bagnols 90 gram., jul. gom., quart d'aliments.

» 28. Impassibilité moindre, quoique considérable encore; il répond maintenant à toutes les questions; la prononciation est assez nette; la mémoire est confuse; la langue se tire bien; la commissure

gauche se dévie toujours un peu vers l'oreille dans les mouvements, les membres du côté gauche sont à l'état normal et beaucoup plus amaigris que ceux du côté opposé; la sensibilité y est entière; le membre supérieur droit exécute de faibles mouvements; ceux de la jambe sont plus faibles encore; chaleur normale; pouls normal (le malade mange la moitié de la portion); amaigrissement général assez considérable; l'escarre du sacrum est tombée depuis longtemps, et la plaie est en voie de guérison. Riz, jul. gom., vin de Bagnols, demie d'aliments.

» Août 4. Le 2 août, le malade était comme à l'ordinaire, on l'avait levé; il refusa d'abord de manger, et finit par prendre quelques aliments qui furent vomis; le 3 au matin, à part la disposition à vomir, on n'aperçoit pas d'autres changements, mais dans la journée les vomissements continuent; ils se composent des *ingesta* et de bile. Le malade se plaint de douleurs de tête, et sans paraître avoir perdu son intelligence, il ne répond plus; rien de notable du côté des membres.

» Faciès normal, pupilles normales: il indique par signes qu'il a mal à la tête; les pommettes sont un peu plus colorées que de coutume; la langue se tire difficilement; la salive est très collante; quelques vomissements de matières liquides, un peu colorées par la bile; la sensibilité est complète, mais tout le côté droit reste immobile; peau fraîche, pouls normal. Constipation depuis quelques jours; miction involontaire. Lim., jul. gom., calom. 40 centig., sinap. aux pieds, vésic. au cou.

» 5. Le malade est beaucoup plus difficile à éveiller; il ne répond pas; la figure est tirée, les yeux enfoncés dans l'orbite, la langue se tire difficilement; vomissements des *ingesta* et de matières bilieuses; même état général. Constipation; pouls tout à fait calme, au-dessous de 60. Lim., Seltz, jul. gom., calom. 50 centigr. et jalap 60 centigr.

» 6. Encore des vomissements bilieux, verdâtres dans la journée; cessation dans la nuit; ce matin le malade recommence à répondre.

» 13. Aujourd'hui et hier encore quelques vomissements; refus des aliments; même état général; pupilles et yeux à l'état normal; un peu d'intelligence. La peau reste fraîche; point de fréquence du pouls.

» 3 septembre. Figure assez normale, sauf l'amaigrissement; intelligence presque intacte; le malade dit ne pas dormir la nuit à cause d'un peu de céphalalgie frontale qui lui est habituelle pendant la nuit, lors des mouvements musculaires, quelquefois seulement, la commissure gauche est déviée; langue tirée droite, humide, déglutition facile; un peu d'appétit; l'avant-bras droit est presque parallèle au bras tant il est contracté, cependant il y a un léger mouvement dans l'avant-bras et dans les doigts; sensibilité intacte; le membre inférieur droit ne se meut pas, il y a seulement un léger mouvement dans les orteils; il n'est nullement contracturé; sensibilité intacte, amaigrissement extrême; pouls à 70; pas de diarrhée.

» 11. Depuis hier, nouveau collapsus, un peu de dévoiement, un peu de fréquence du pouls, déviation de la bouche, pas de mouvements de l'avant-bras droit.

» 12. Hier au soir, rougeur vive à la face; chaleur de la peau; roideur du tronc, qui est un peu courbé en arrière. Ce matin, tête fortement portée en arrière; peau fraîche; même état général; toujours mobilité volontaire des membres du côté gauche; pouls faible à 90. Lim.; cat. sinap. aux jambes; diète.

» 13. Même état; le malade est un peu plus éveillé; peau un peu chaude; pouls à 80. Lim.; jul. gom.; diète.

» 14. Dans la journée, le malade refuse de boire et ne donne pas signe d'intelligence. Ce matin, lorsqu'on a voulu le lever, tremblements convulsifs de tous les membres. Lors de la visite, face colorée, tremblottement des globes oculaires; écume à la bouche; pupilles étroites; ne semble ni voir, ni entendre; un peu de tremblottement du membre supérieur droit, quand on le meut; peau chaude; pouls fréquent; 12 sangsues aux oreilles. Lim.; diète.

» Mort dans la nuit.

» *Autopsie trente heures après la mort, température à 25° centig.*

» Cadavre assez bien conservé.

» *Tête.*—Rien à la dure-mère. L'arach-

noïde contient une once et demie à deux onces de sérosité transparente. L'arachnoïde viscérale et la pie-mère sont très minces et très adhérentes à la surface du cerveau, principalement à la convexité. Les circonvolutions, surtout celles du côté gauche, sont comprimées, aplaties de haut en bas; leur consistance est normale, ainsi que celle de la substance cérébrale centrale jusqu'aux ventricules latéraux. Ceux-ci contiennent chacun une cuillerée à bouche de sérosité transparente et citrine. La couche optique du côté gauche est considérablement développée, transformée en une espèce de lacis vasculaire dans les mailles duquel on voit la substance cérébrale encore reconnaissable. La masse formée par la couche optique gauche est grosse comme un œuf de poule, au centre de cette masse fongueuse, qui a pour limites celles mêmes de la couche optique : en arrière la réflexion du ventricule, en avant le corps strié, en dedans la couche optique du côté opposé, en dehors le niveau du bord externe du ventricule, en bas la partie supérieure des pédoncules du cerveau; au centre, disons-nous, on voit des foyers de pus concret, infiltré dans la substance cérébrale, et de petits foyers sanguins isolés au sein de cette même substance. Partout cette masse est ramollie, sans présenter aucun noyau d'induration. Autour d'elle, les parties du cerveau adjacentes sont également ramollies et offrent, outre une légère coloration, une confusion des deux substances; ce qui dépend de ce que la substance blanche n'a pas sa blancheur normale, et de ce que de son côté la substance grise est moins foncée qu'elle ne devrait l'être; cela s'observe surtout très bien sur les coupes du corps strié du côté gauche et la couche optique du côté droit. La moitié gauche de la voûte à trois piliers est altérée et rendue méconnaissable. La cloison demi-transparente est ramollie et perforée; tout ce qui dépend du corps calleux paraît, au contraire, sain. Les autres altérations dépendent du déplacement et de la compression. C'est ainsi que la portion gauche de la voûte se trouve déjetée à droite et aplatie comme un ruban. Le ventricule gauche se trouve par la même raison rétréci transversalement. Les autres portions de la substance cérébrale, le cervelet et les nerfs optiques sont sains.

» *Thorax.* — Poumons moins crépitants qu'à l'état normal, sains dans toute leur étendue. A leur superficie une foule de granulations d'apparence tuberculeuse siégent immédiatement sur la plèvre; celle-ci n'offre pas d'altération. Le cœur, un peu mou et petit, n'offre rien d'anormal.

» *Abdomen.* — L'intestin grêle est le seul organe qui présente quelques altérations. Dans la moitié inférieure on trouve des plaques quelquefois très étendues d'arborisations vasculaires avec boursouflement, mais sans ramollissement sensible de la muqueuse. Ces plaques sont larges comme la paume de la main, très rouges; l'arborisation est constituée par une injection très fine. Il existe des rougeurs assez nombreuses, mais simples, dans les gros intestins. Les autres organes sont sains. La rate est très petite, moins volumineuse que l'un des reins du sujet, qui est cependant d'un volume ordinaire.

» *Remarques.* — Voilà donc une encéphalite qui a duré plus de quatre mois dans l'hôpital, qui, selon toutes les probabilités, existait depuis plus de quatre mois quand le malade y est entré, puisque depuis quatre mois déjà il éprouvait les symptômes qui n'ont fait que s'aggraver ensuite; et cependant, malgré cette longue durée de l'inflammation cérébrale, non seulement la rougeur n'a pas disparu, mais encore elle est devenue plus intense, plus étendue, plus solidement établie qu'on ne la trouve dans les inflammations aiguës les plus violentes. En outre, le pus déposé au centre de cette inflammation, quoique devant exister depuis longtemps, sans doute, était cependant parfaitement reconnaissable, ou plutôt il ressemblait complétement à celui que l'on rencontre dans les suppurations rapides, comme à celui que l'on rencontre dans les suppurations lentes, dans les abcès froids, par exemple. Ainsi donc, d'après ce fait, comme d'après plusieurs autres, ont voit que si tout ce qu'on a dit de la disparition de la rougeur dans les inflammations chroniques du cerveau, de la transformation, des modifications que présente le pus infiltré dans le tissu cérébral; si tout cela n'est pas complétement faux, tout cela au moins souffre

de nombreuses exceptions, et si l'on veut être rigoureux, on ne saurait s'en faire un argument en faveur de l'opinion qui ne voit qu'une inflammation dans ce que M. Rostan a décrit sous le nom de *ramollissement du cerveau.* » (H. de Castelnau, *loc. cit.*)

Traitement. — Quoique les opinions qui admettent l'incurabilité actuelle du ramollissement ne soient que trop probables, les auteurs ont cependant cherché dans une thérapeutique, qu'ils ont jugée la plus rationnelle possible, des motifs d'espoir, et des moyens de soulagement pour les malades. Nous devons donc faire connaître les efforts qu'ils ont tentés.

M. Rostan étudie le traitement prophylactique et le traitement curatif.

« Le traitement préservatif, dit-il, ne peut être fondé que sur la connaissance des causes prédisposantes et des prodromes de la maladie, il consiste à éloigner ou à modérer l'action de ces causes, par des moyens tirés de l'hygiène et de la pharmacie, ou à combattre les premiers accidents qui se manifestent, par les mêmes moyens.

» L'obscurité qui règne encore sur les prédispositions et les causes prédisposantes ne permet pas d'émettre à cet égard des principes qui ne pourraient être que des conjectures : mais lorsque les symptômes de la première période se sont manifestés, bien que l'on n'ait encore que des craintes sur la nature de la maladie, on doit donner aux malades des avis qui puissent leur être utiles. Si donc on est consulté par un individu qui se plaint de douleurs de tête, de vertiges, de tendance au sommeil, de perte de la mémoire, d'engourdissement, de pesanteurs, de fourmillements, de roideurs, de douleurs dans quelque membre, de diminution, d'exaltation ou de perversion dans quelques uns des sens, etc., on doit dès lors redouter la maladie dont nous parlons, et s'appliquer à la combattre sur-le-champ.

§ I. Hygiène.

» 1° L'impression d'un air froid sur la tête peut être favorable; mais il est important d'empêcher la réaction; il faudra éviter que le malade ne passe subitement dans un lieu trop échauffé. Son domicile devra être plutôt d'une température basse que d'une température élevée; dans l'hiver une chaleur de 10 à 12 degrés sera suffisante. L'impression d'un soleil ardent sur la tête pourra être funeste au malade, il devra éviter de s'y exposer; et dans l'été, son appartement, s'il est possible, devra toujours être au-dessous de quelques degrés de la température extérieure; enfin, il faudra qu'il y éprouve le sentiment d'une agréable fraîcheur.

» 2° Tout ce qui peut, en comprimant les membres ou les viscères contenus dans les cavités, opposer un obstacle à la circulation, devra être proscrit avec sévérité. On conçoit, en effet, que dans cette première période, tout annonçant une congestion vers la tête, c'est à empêcher cette congestion que le médecin doit mettre tous ses soins. Les bains chauds, augmentant la circulation générale, et par suite celle du cerveau, devront être défendus : nous en dirons autant des bains froids, dont l'effet est de refouler le sang de la périphérie vers le centre, et de le porter vers la tête avec d'autant plus de facilité, que celle-ci, ne plongeant pas dans l'eau, conserve une température au-dessus de celle du reste du corps. Les bains tièdes seuls seront permis, mais avec beaucoup de réserve. D'après ces considérations, on conçoit qu'un lit trop mou pourrait être funeste. Il vaut mieux qu'il soit médiocrement dur et médiocrement chaud. C'est avec la plus grande attention qu'on évitera les chutes et les percussions sur la tête.

» 3° Les substances alimentaires ou médicamenteuses qui ont sur l'encéphale une action forte et prompte, devront être rejetées avec sévérité. Les épices, le vin, les alcooliques, le café, les narcotiques, sont de ce nombre. Les excès de table sont indubitablement dangereux. Le régime sera doux, peu abondant, composé de substances dont la digestion fatigue peu l'estomac, et qui soient peu fécondes en matériaux nutritifs.

» Les végétaux frais, les légumes légers, les fruits bien mûrs ou cuits, les confitures, les viandes réputées légères, devront former le régime de ces malades; c'est assez dire que les substances douées de qualités inverses sont nuisibles. L'eau

rougie, la bière coupée, la limonade et les autres boissons rafraîchissantes, seront les seules qu'on permettra.

» On conçoit que ce régime devra varier selon une foule de circonstances individuelles, selon la force, la constitution et les habitudes du sujet. Il serait trop long d'entrer dans des développements à cet égard : la sagacité du médecin devra déterminer ces cas particuliers.

» 4° Les excrétions habituelles, excepté cependant celles qui résultent du coït, et qui ont le double inconvénient, et d'énerver le sujet qui s'y livre, et d'agir fortement sur l'encéphale, devront être entretenues avec un soin particulier. Elles devraient même être augmentées jusqu'à concurrence d'un certain affaiblissement. Les moyens qu'on emploie à cet effet n'étant pas du ressort de l'hygiène, nous en parlerons tout à l'heure.

» 5° L'exercice violent, le saut, la course, la natation, l'équitation, la gestation dans une voiture mal suspendue, tout ce qui excitera trop vivement la circulation et pourra opérer quelque commotion dans le cerveau, devra être soigneusement évité.

» 6° S'il est une maladie dans laquelle les passions vives, les grandes émotions puissent devenir fatales, c'est, sans contredit, le ramollissement du cerveau. Les contentions d'esprit, les veilles prolongées ne seront pas moins redoutables que le chagrin profond, la colère, la joie, que nous avons vu suffire pour déterminer cette cruelle maladie.

» Toutes ces règles ne sauraient être d'une application générale, elles doivent subir de nombreuses modifications, selon l'âge, la force, la constitution et les habitudes des malades.

§ II. Moyens pharmaceutiques.

» Ces moyens ne sont guère indiqués dans cette période de la maladie que par les règles générales de la thérapeutique. C'est ainsi qu'on devra rappeler un exanthème supprimé, une hémorrhagie, ou une évacuation quelconque habituelle, qu'on devra employer les émissions sanguines et les évacuants, selon les circonstances qu'elle détermine; employer les révulsifs dans d'autres cas, et faire concourir plusieurs de ces moyens à la fois lorsqu'il se présente plusieurs indications à remplir. Ces préceptes trouvent leur application entière lorsque la maladie a atteint sa deuxième période; nous allons entrer dans quelques détails en traitant de cette époque de la maladie.

» *Traitement de la deuxième période.— État simple de la maladie.* — Nous avons distingué deux cas bien différents : dans l'un, les symptômes et les altérations qu'on rencontre semblent dépendre d'un état inflammatoire; dans l'autre, ces symptômes et ces altérations semblent appartenir à une maladie d'une nature particulière. Or, il faut renoncer à toute espèce de sens commun, ou admettre que ces deux états réclament des moyens différents. Mais avant tout il est nécessaire de dire que dans l'une ou dans l'autre espèce de ramollissement, s'il se présentait quelques unes des indications dont nous venons de parler, il faudrait la remplir. Ainsi, lorsque les symptômes du ramollissement succèdent à la disparition d'un exanthème, la première chose à faire, c'est de rappeler cette éruption. J'ai sous les yeux, pour des maladies qui ont, avec celle-ci, beaucoup d'analogie, des succès vraiment remarquables d'une pareille conduite. Une femme d'environ soixante ans était affectée d'une dartre rongeante de la face (*Herpes crustaceus exedens*); cet exanthème se supprima tout à coup; cette femme présenta les symptômes les plus caractérisés d'une inflammation des méninges. Tous les moyens employés n'empêchèrent pas cette malade de tomber dans l'agonie; elle avait le râle depuis vingt-quatre heures, lorsque je fus appelé : je saisis la seule indication qui se présentât à moi, et bien que j'en espérasse peu de succès, vu l'état déplorable où se trouvait cette personne, je fis appliquer un emplâtre vésicant sur le lieu le plus voisin de l'éruption. Celle-ci reparut, et avec elle les signes d'une prompte convalescence. Cette malade existe encore. Je ne citerai que ce fait entre plusieurs autres. Certainement s'il pouvait y avoir quelques succès à espérer, ce serait bien sur de pareilles chances qu'on pourrait fonder son espoir. Si un vésicatoire, un cautère, un séton, avaient été supprimés,

il faudrait se hâter de les rétablir. Si un écoulement chronique par les membranes muqueuses, tel que leucorrhée, catarrhe bronchique, auriculaire, nasal, ou autre, avait tout à coup cessé, nul doute que la première de toutes les indications ne fût de les rappeler. J'en dirai autant d'une hémorrhagie nasale, des hémorrhoïdes, des menstrues. Dans ces cas particuliers des saignées locales seront préférables, en ce qu'elles agissent comme révulsifs et comme évacuants. La rétrocession de la goutte fournit les mêmes indications. Dans tous les cas, il est aussi fort utile d'entretenir la liberté du ventre, mais les moyens évacuants ne doivent pas être les mêmes.

» Lorsque la maladie présente le caractère inflammatoire, c'est-à-dire que le malade éprouve une douleur de tête fixe, opiniâtre, qu'il a du délire, des douleurs, de la contracture ou des convulsions dans les membres, qu'il se joint à ces symptômes de la rougeur à la face, de la force, de la fréquence dans le pouls, de la chaleur à la peau, de la soif; si le malade est d'ailleurs d'une forte constitution, si ses traits sont prononcés, ses cavités larges, ses membres développés, le traitement antiphlogistique devient indispensable. Alors les saignées générales ou locales, les délayants, les adoucissants de toute espèce, devront être prescrits.

» Les sangsues, en nombre proportionné à l'intensité de la maladie et des phénomènes que nous venons de décrire, seront placés autour du cou, aux tempes, derrière les oreilles, à l'anus, à la vulve ou aux pieds selon le cas. Si la marche de la maladie était fort rapide, peut-être serait-il préférable d'ouvrir la veine, la jugulaire, ou l'une de celles du bras. Je n'ai pas encore pu me rendre un compte satisfaisant des effets différents qu'on a attribués à la saignée des pieds.

» Dans ce cas inflammatoire, les évacuants doivent être choisis parmi les laxatifs doux qui n'agisssent pas en déterminant l'inflammation du tube digestif. Il me semble qu'en produisant cet épiphénomène, on augmente nécessairement l'état fébrile par un surcroît d'excitation, et que la révulsion qu'on obtient est bien moins favorable que n'est redoutable l'accroissement de l'inflammation. Ainsi, les pulpes laxatives, quelques huiles, quelques sels neutres, devront être conseillés. Je pense encore qu'on doit s'abstenir rigoureusement des émétiques, quelle que soit leur indication apparente; la congestion qu'ils déterminent vers le cerveau me paraît pouvoir être funeste au malade. Je pense encore qu'on doit éviter d'appliquer les moyens révulsifs, tels que vésicatoires ou sinapismes, les premiers jours de cet état d'irritation. Il me semble convenable d'attendre que cette excitation ait été apaisée par les moyens antiphlogistiques. On appliquera, avec succès, la glace sur la tête.

» Il n'en est pas de même lorsque les symptômes offerts par le malade n'ont pas le caractere inflammatoire. S'il n'y a que stupeur des sens, somnolence, pesanteur des membres, paralysie, sans délire, sans symptômes pléthoriques, sans force, sans développement du pouls, sans chaleur à la peau; si la face est pâle, décolorée, les yeux ternes, languissants; si le sujet est grêle et débile : alors non seulement on s'abstiendra des moyens débilitants que nous venons de conseiller, mais on devra, dès les premiers jours, appliquer les rubéfiants sur diverses parties du corps, sur les membres, à la nuque, et même sur la tête; les irritants portés sur le canal digestif, par le haut ou par lavements, pourront être de quelque utilité. On ne doit pas craindre d'administrer les purgatifs drastiques à diverses doses, l'inflammation du canal digestif est alors peu redoutable. Les toniques, les excitants aromatiques, sont les seuls moyens à employer dans la dernière période, lorsque la face est pâle, décolorée, les lèvres violettes, la peau froide, la langue noirâtre, enduite d'une mucosité filante, le pouls petit et concentré, que l'abattement est porté au dernier degré.

» On conçoit qu'il peut exister entre les deux extrêmes que nous venons de tracer des nuances intermédiaires; le médecin appréciera ces diverses nuances, qu'il est impossible de préciser ailleurs qu'au lit du malade.

» *Complications.* — Notre intention n'est point de donner des préceptes détaillés pour tous les cas de complications. Nous nous

bornerons à dire qu'on devra modifier le traitement selon l'espèce de maladie qui compliquera le ramollissement. L'entérite réclamera les médicaments qui lui sont convenables ; l'application des sangsues à la marge de l'anus ; les gommeux, les mucilagineux portés sur le canal intestinal, les fomentations émollientes, etc. La péripneumonie, la pleurésie, devront aussi apporter au traitement quelques modifications. L'hémorrhagie cérébrale exigera de même des moyens appropriés. Quant aux lésions organiques du cerveau, si l'on venait à les reconnaître pendant la vie, le traitement palliatif est le seul qui leur convienne.

» Tels sont les seuls préceptes que puisse avouer la raison, dans l'état actuel de la science. Notre opinion hautement manifestée et bien connue sur les moyens empiriques, ne nous permet pas de discuter la valeur de certaines substances vantées par quelques auteurs. Le phosphore, la noix vomique, le mercure doux, comme spécifiques, etc., etc., ne me paraissent pas mériter d'être sérieusement examinés. Persuadé que c'est la maladie qu'il faut attaquer et ses causes, je ne dirai rien de la médecine des symptômes, qu'on ne doit se permettre que lorsqu'on n'a rien de mieux à faire. » (Rostan, *loc. cit.*, p. 438.)

« La formation du ramollissement cérébrale doit être combattue avec une promptitude et une énergie proportionnées à la gravité des phénomènes cérébraux qui annoncent l'existence d'un travail morbide spécial vers l'encéphale : c'est surtout pendant la période d'incubation, et alors que la disgrégation de la substance nerveuse est à peine commencée, que l'on doit redoubler d'efforts et de soins pour modifier l'état de la partie qui tend à s'affecter. De l'aveu presque unanime des pathologistes, il faut principalement tenir compte, dans l'application des moyens thérapeutiques, de l'âge et de la force du sujet, des conditions hygiéniques dont il a pu subir l'influence, de l'état de rougeur, de turgescence ou de décoloration de la face, de la plénitude, de la force, de la fréquence ou de la faiblesse du pouls, de la violence ou de la nullité des phénomènes de réaction. La concentration présumée du sang vers un point d'un hémisphère cérébral, un surcroît d'activité dans la circulation de la pie-mère, ou de toute la masse encéphalique, nécessitent l'emploi le plus prompt des émissions sanguines. Après avoir remédié, par une saignée de pied ou par une saignée de bras aux principaux accidents de la pléthore sanguine, il arrive souvent, sur des personnes jeunes, douées d'une constitution saine et robuste, que l'on est obligé d'avoir recours à des applications de sangsues plus ou moins nombreuses, et même d'ouvrir de nouveau une veine. Les sangsues sont appliquées de préférence à la tempe ou sur le trajet de la jugulaire opposée au côté du corps qui a subi les premières atteintes de pesanteur, de fourmillement ou de faiblesse musculaire. On doit faire placer les sangsues à l'anus ou à la région périnéale, si l'on a l'espoir de rappeler le flux hémorrhoïdal ou l'écoulement menstruel. L'emploi des pédiluves chauds fortement aiguisés avec l'acide muriatique, l'usage de l'eau de chiendent nitré, de l'eau de veau, du petit lait ou de quelques boissons acidulées, complètent le traitement de cette période du ramollissement cérébral : c'est aussi le moment d'avoir recours à l'usage du calomélas ou de l'émétique étendu dans une grande quantité de véhicule, si l'on se décide à provoquer une abondante sécrétion intestinale. Quelques médecins n'hésitent point aussi à couvrir la tête d'une vessie remplie de glace, et à prolonger, plus ou moins longtemps, l'action du froid sur la tête ; mais la médication que nous venons de tracer ne peut convenir qu'au plus petit nombre des malades.

» Dans la vieillesse, sur les sujets pâles, débiles, décolorés, l'on doit se montrer très réservé dans l'application des émissions sanguines. Il ne nous paraît pas démontré, dit M. Andral, que la saignée ait jamais été utile dans ces cas assez nombreux où le ramollissement ne s'accompagne plus d'aucun signe de congestion cérébrale, où le pouls a peu de développement, et où la maladie commence d'une manière lente par une diminution graduelle du mouvement et du sentiment. Rien ne nous prouve, non plus, que les émissions sanguines aient quelque influence, si ce n'est en mal, sur l'espèce d'affaiblissement que présente l'intelli-

gence chez beaucoup d'individus atteints d'un ramollissement des hémisphères. » (*Clin. méd.*, t. V, p. 592.) Non seulement alors, suivant M. Rostan, l'on doit s'abstenir des moyens débilitants, mais il convient encore, dès les premiers jours, d'appliquer des rubéfiants sur les membres, sur diverses parties du corps, à la nuque, et même sur la tête, tout en stimulant le canal digestif à l'aide de purgatifs drastiques (*Recherches sur le ramol. du cerveau*, p. 446). L'on peut donc sans crainte, quand on a affaire à des malades depuis longtemps affaiblis, conseiller, dès le début du ramollissement cérébral, l'application d'un foyer de suppuration aux cuisses, l'application d'un vésicatoire au mollet; couvrir les pieds de cataplasmes sinapisés, entretenir une certaine chaleur à la peau à l'aide de légères frictions excitantes. Les vésicatoires suppurants conviennent également aux sujets qui sont arrivés à la période d'abolition de l'exercice musculaire, après avoir épuisé toutes les ressources du traitement antiphlogistique.

« Parmi les purgatifs dont on a fait le plus d'usage dans les affections locales du cerveau, l'on doit mentionner particulièrement le protochlorure de mercure, le tartre stibié et l'huile de croton tiglium.

» Tant que le mercure doux n'exerce aucune action sensible sur les organes salivaires, il n'existe point de raison solide pour prescrire l'emploi de ce sel; mais il nous semble qu'il y a beaucoup d'inconvénient à provoquer le gonflement de la langue, la tuméfaction des amygdales et du voile du palais, à déterminer l'excrétion d'abondantes mucosités sur des individus dont l'expuition et le jeu des muscles expirateurs sont rendus difficiles par l'état d'inertie des nerfs qui président à la contraction musculaire. L'on voit cependant, en parcourant certains recueils d'observations, que l'emploi du calomélas a été plus d'une fois poussé à dessein jusqu'au ptyalisme, et qu'on espérait par là suspendre les progrès de la paralysie Cette méthode est peu usitée dans notre pays.

» La pratique de Desault a popularisé, en quelque sorte, l'administration de l'émétique donné en lavage dans le traitement des diverses affections encéphaliques. Le tartre stibié peut mériter la préférence qu'on lui accorde si souvent sur les autres stimulants du canal alimentaire, quand il est prescrit à la dose de trois à cinq centigrammes par chaque kilogramme d'eau ou de bouillon de veau; mais bien souvent il aggrave les conditions des organes cérébraux, lorsqu'il provoque le vomissement ou de fréquents efforts musculaires sans amener aucune évacuation par le haut. Il me semble véritablement prudent, à moins qu'on ne soit influencé par des circonstances individuelles particulières, de s'abstenir de donner l'émétique dans l'intention de produire de copieux vomissements. Quelques praticiens font avaler cuillerée par cuillerée, dans une potion, des doses de vingt-cinq à quarante-cinq grammes d'émétique en vingt-quatre heures de temps, et continuent quelquefois pendant plusieurs jours l'usage de ce remède. Mais, de l'aveu même des partisans de l'émétique ainsi administré, cette substance réussit mieux prescrite à la manière de Desault.

» L'huile de croton tiglium, qui a fixé l'attention de quelques médecins, agit avec une grande énergie sur la membrane muqueuse intestinale. Elle peut être préférée aux autres purgatifs, quand la constipation est opiniâtre, et que les substances stimulantes usuelles n'ont pas réussi à provoquer l'évacuation des matières alvines. Les exutoires de toute sorte, placés non loin de la tête, ne sont guère d'usage dans le traitement du ramollissement cérébral aigu. L'on peut cependant recourir à l'application d'un séton ou d'un vésicatoire à la nuque dans les cas de ramollissement chronique. » (Calmeil, *Dictionnaire de méd*, t. XXVII, p. 224, art. Ramollissement.)

ARTICLE IX.

De la méningite.

Pour être fidèle à l'ordre anatomique que nous avons ordinairement suivi dans notre ouvrage, nous devrions, avant de passer à la description des maladies des méninges, aborder l'étude des autres maladies qui peuvent affecter la substance même de l'encéphale; mais la méningite offre une telle affinité pathologique avec les maladies dont nous venons de parler, elle se lierait même, d'après M. Calmeil,

d'une manière si intime à une forme particulière d'encéphalite, que nous avons cru plus avantageux pour le praticien de placer ici la description de la méningite, comme nous avons placé à côté de l'hémorrhagie cérébrale celle qui s'accomplit dans les interstices ou la cavité des méninges.

La méningite tuberculeuse étant presque exclusivement une maladie de l'enfance et ayant été minutieusement étudiée dans la pathologie du premier âge, nous la passerons ici sous silence; en revanche nous décrirons succinctement cette méningite meurtrière qui a régné épidémiquement dans les armées depuis quelques années, et à laquelle s'attache un haut intérêt.

§ I. Méningite simple sporadique.

Anatomie pathologique. — Voici comment MM. Parent et Martinet décrivent les lésions qui caractérisent la méningite :

« Les diverses lésions organiques que l'on trouve à l'ouverture des cadavres de ceux qui ont succombé à l'arachnitis, peuvent se réduire :

» 1° A une simple rougeur de l'arachnoïde;

» 2° A l'épaississement, à l'augmentation de densité et à la perte complète de transparence de cette membrane;

» 3° A une exsudation purulente, séro-purulente, séro-gélatineuse à sa surface;

» 4° A la formation de fausses membranes;

» 5° A un épanchement séreux dans les ventricules, entre les feuillets de l'arachnoïde ou dans le tissu cellulaire qui l'unit à la pie-mère, avec une ou plusieurs des lésions énoncées ci-dessus.

» La *rougeur* de l'arachnoïde, qui caractérise son inflammation, offre quelques variétés relativement à son étendue et à son intensité. Le plus ordinairement elle est bornée à quelques points de la convexité ou de la base du cerveau; quelquefois elle occupe toute l'étendue d'un hémisphère ou même toute l'arachnoïde, et pénètre jusque dans l'intérieur des ventricules; mais cette dernière particularité est extrêmement rare. Cette rougeur de l'arachnoïde varie depuis une teinte légèrement rosée jusqu'au rouge le plus foncé; dans ce dernier cas, lorsque l'inflammation n'est pas générale, la rougeur se fond toujours insensiblement avec le reste de la membrane.

» Il faut bien se garder de confondre avec l'inflammation de l'arachnoïde, la simple congestion sanguine de cette membrane, et l'injection des vaisseaux de la pie-mère qu'elle tapisse. Dans la simple congestion, ou dans le cas d'injection, la teinte rouge ne paraît pas combinée avec le tissu de la séreuse : en la lavant, en la comprimant entre les doigts, en la raclant légèrement avec le scalpel, on lui rend la totalité ou seulement une partie de sa transparence; sa densité n'est pas augmentée. Tous ces moyens sont sans effet dans la véritable inflammation. L'injection apparente de l'arachnoïde étant le plus souvent due à celle de la pie-mère, il faut avoir le plus grand soin de les détacher l'une de l'autre, dans les endroits où cette séparation est possible : nous les avons indiqués au chapitre de son anatomie.

» *Épaississement.* — Souvent à la place de cette rougeur on trouve l'arachnoïde épaissie d'une manière notable, ce qui lui donne un aspect blanchâtre, laiteux; on dirait alors que l'inflammation a désorganisé son tissu, et qu'elle a fait sur l'arachnoïde ce qu'elle opère sur la cornée transparente, à la suite de violentes ophthalmies. Lorsque cet épaississement est fort considérable, il ôte à la membrane toute sa transparence, et augmente de beaucoup sa densité; on peut alors exercer sur elle une traction à laquelle elle n'aurait pas résisté dans l'état sain. Ce défaut de transparence n'est pas toujours accompagné d'épaississement bien sensible; la membrane conserve quelquefois toute sa ténuité et sa souplesse, et n'offre qu'un aspect laiteux.

» L'épaississement n'est pas ordinairement général : nous l'avons presque toujours vu distribué par plaques plus ou moins étendues. C'est au centre de ces plaques qu'il est le plus considérable; il diminue insensiblement à mesure qu'on s'en éloigne; il n'est pas dû à la présence d'une fausse membrane; il se fait dans le tissu même de l'arachnoïde : il paraît dépendre d'une augmentation de nutrition et d'une altération dans son organisation.

Il n'est pas rare de voir une teinte rosée, reste d'inflammation, circonscrire entièrement la portion blanchâtre.

» La *suppuration* est une terminaison qui se rencontre fréquemment, et qui se présente sous différents aspects. Dans la plupart des cas, le pus est étendu à la surface de l'arachnoïde, et y forme une couche extrêmement mince, peu adhérente à son feuillet externe, et susceptible d'être enlevée avec facilité lorsqu'on racle l'arachnoïde à l'aide d'un instrument. Alors on trouve la membrane rouge ou épaissie, et quelquefois légèrement villeuse.

» Rarement le pus se trouve réuni en foyer considérable; mais on le voit plutôt disséminé çà et là à la surface de la membrane; quelquefois il est ramassé en gouttelettes. Il varie beaucoup pour sa couleur, sa nature et sa consistance; dans d'autres cas, il fait corps avec la séreuse elle-même, et est intimement uni aux mailles qui la composent. Quelquefois on ne trouve à sa place qu'un liquide séreux, plus ou moins abondant, infiltré dans les cellules mêmes de l'arachnoïde, ce qui représente assez bien l'œdème de la glotte. Nous avons aussi rencontré le pus répandu sur toute la surface de la membrane; mais ces cas sont extrêmement rares; le plus ordinairement il est borné à la convexité des deux hémisphères ou d'un seul, ou même à quelques points de la base, et spécialement alors vers l'entre-croisement des nerfs optiques et la protubérance annulaire.

» *Dépôts gélatineux.* — Nous assimilons à la suppuration un produit particulier, que nous avons trouvé assez fréquemment à la suite des arachnitis : il consiste dans la formation d'une couche gélatineuse, absolument semblable à celle qu'on rencontre dans quelques tumeurs enkystées des ovaires. Cette concrétion est formée par un tissu cellulaire dans les mailles duquel se trouve renfermée de la sérosité et une espèce de gélatine tremblante. En pressant cette masse, on en exprime tout le liquide, et il reste entre les doigts une sorte de membrane très inégale et d'une certaine consistance. C'est principalement dans les inflammations de la convexité et de la base, surtout dans celles du voisinage du carré des nerfs optiques, que l'on observe cette infiltration particulière, qui n'est jamais très étendue, et peut avoir jusqu'à 2 ou 3 lignes d'épaisseur : il n'est pas rare d'y trouver du pus mélangé.

» D'autres fois, l'arachnoïde est recouverte de véritables *fausses membranes* assez semblables à celles qu'on retrouve à la surface des autres séreuses; leur organisation nous a paru souvent assez parfaite pour qu'il fût possible d'y reconnaître des vaisseaux sanguins tellement développés, qu'on peut même les injecter facilement avec le mercure. Nous avons observé ces fausses membranes sur la convexité du cerveau et du cervelet, plus souvent qu'à la base et dans les ventricules. Elles présentaient à leur centre jusqu'à près d'une ligne d'épaisseur, et allaient en s'amincissant vers la circonférence; quelques unes avaient jusqu'à 3 pouces de diamètre.

» Chez presque tous les sujets qui succombent à l'arachnitis, on rencontre un *épanchement séreux* qui, le plus ordinairement, ne va pas au delà d'une once, et qui, dans ce cas, ne mérite que peu d'attention. Mais souvent aussi cet épanchement est plus considérable et s'élève au delà de 3, 4 et même 6 onces. Communément le liquide est contenu dans la cavité d'un seul ou des deux ventricules, et quelquefois simultanément dans le troisième et le quatrième. Souvent aussi il est disséminé sur toute la surface de l'arachnoïde qui en est en quelque sorte baignée; toute cette sérosité se ramasse à la base du crâne, lorsqu'on retire le cerveau de sa cavité; elle est presque toujours limpide, quelquefois lactescente et même floconneuse : dans quelques cas, nous l'avons trouvée légèrement rosée ou rougeâtre. Toutes les fois qu'il existe un épanchement d'une certaine abondance dans les ventricules, on peut le reconnaître avant que ceux-ci soient ouverts; car alors les circonvolutions cérébrales se trouvent singulièrement aplaties et effacées. L'épanchement séreux s'observe spécialement dans l'arachnitis de la base et dans celle des ventricules : aussi le remarque-t-on plus souvent chez les enfants.

» Nous avons déjà parlé des *adhérences* qu'on rencontre sur les diverses parties de l'arachnoïde, et qui indiquent, lorsqu'elles deviennent celluleuses, une ancienne inflammation; ces adhérences dé-

génèrent quelquefois en véritable tissu osseux. (Bichat.)

» Nous ne dirons également qu'un mot de ces légères granulations que nous a présentées l'arachnoïde des ventricules dans quelques hydropisies de ces cavités ; nous ignorons entièrement leur nature et leur mode de développement ; nous ne pouvons en donner une meilleure idée qu'en les comparant aux granulations qu'offrent la plèvre et le péritoine, après certaines inflammations chroniques. Lorsqu'elles sont sensibles, elles donnent à cette membrane un aspect poudreux : pour les observer, il faut regarder l'arachnoïde au grand jour et horizontalement.

» Ces recherches sur les altérations qu'on remarque à la suite de l'arachnitis, ayant été faites dans des intentions purement pratiques, doivent nécessairement laisser beaucoup à désirer sous le rapport des détails d'anatomie pathologique. Nous avons cru ne pas devoir nous y appesantir davantage, afin de ne pas perdre de vue le principal objet de ce travail, qui est de faciliter le diagnostic des maladies cérébrales. Nous ne pourrions d'ailleurs rien ajouter à ce qu'ont dit sur ce sujet quelques uns de nos maîtres et plusieurs de nos anciens condisciples, dans des ouvrages et des dissertations qui sont entre les mains de tout le monde.

» Le tableau que nous allons mettre sous les yeux, indiquera, mieux qu'une longue description, quelles sont les parties de l'arachnoïde le plus souvent enflammées : on y verra que, par l'ordre de fréquence, c'est l'inflammation de la convexité du cerveau qui prédomine de beaucoup sur toutes les autres ; que celle de la base vient ensuite ; que celle de la convexité d'un seul hémisphère ne vient qu'en troisième ligne ; qu'enfin celle de la convexité du cervelet, celle de sa base, celle de l'intérieur des ventricules latéraux, de la protubérance annulaire et de la face interne des hémisphères sont beaucoup moins ordinaires. On y verra aussi dans quelle proportion l'arachnitis coïncide avec les épanchements séreux et avec les affections de la pulpe.

De la fréquence des lésions organiques.

NATURE DE LA LÉSION.	PARTIES AFFECTÉES.	Arachn. suppur.	Arachn. non suppur.	Total.
Inflammation de l'arachnoïde.	Convexité des hémisphères cérébraux.	65	26	91
	Base du cerveau.	34	22	56
	Convexité d'un seul hémisphère . . .	22	4	26
	Face interne des hémisphères	4	»	4
	Ventricules latéraux.	11	3	14
	La convexité du cervelet.	10	9	19
	La base du cervelet.	7	7	14
	Protubérance annulaire	8	1	9
Épanchement séreux avec arachnitis.	Dans un seul ventricule latéral . . .	6	3	9
	Dans les deux ventricules latéraux. .	29	18	47
	A la surface du cerveau.	7	8	15
Affections de la pulpe cérébrale ou cérébelleuse, coïncidant avec l'inflammation de l'arachnoïde.	. . . .	30	18	48

Parallèle des diverses régions de l'arachnoïde enflammée, avec les âges, sur 107 sujets.

ARACHNITIS.	1er SEPTÉNAIRE. 1er septénaire de la vie.	1er SEPTÉNAIRE. Total.	2e SEPTÉNAIRE. 2e septénaire de la vie.	2e SEPTÉNAIRE. Total.	Total des deux septénaires.	Total général des deux septénaires.	ADULTES. Adultes.	ADULTES. Total.	Total général.	Total.
De la base avec sérosité dans les ventricules	9		5		14		5		19	
De la base sans sérosité	1	10	»	7	1	17	3	8	4	25
De la base et des ventricules avec sérosité	»		2		2		»		2	
De la base des ventricules et de la convexité avec sérosité	1		1		2		3		5	
De la base et de la convexité avec sérosité	»	1	1	6	1	7	11	21	12	28
De la base et de la convexité sans sérosité	»		4		4		7		11	
De la convexité avec sérosité dans les ventricules	2		»		2		20		22	
De la convexité sans sérosité	1	3	3	3	4	6	21	46	23	52
De la convexité et des ventricules avec sérosité	»		»		»		5		5	
Des ventricules seulement avec sérosité	1	1	»	»	1	1	1	1	2	
	15	+	16	=	31	+	76	=	107	

» Il résulte de ce tableau :

» 1° Que sur 107 individus, il y en a 31 qui n'ont point passé quatorze ans, et 76, au-delà de cet âge;

» 2° Que, sur les 31 enfants, il y en a 15 dans le premier septénaire de la vie, et 16 dans le deuxième;

» 3° Que l'inflammation de la base de l'arachnoïde du cerveau avec ou sans sérosité dans les ventricules, ce qui est très rare, s'est présentée dix-sept fois; dix fois dans le premier septénaire et sept dans le second;

» 4° Que l'inflammation de la base et de la convexité avec ou sans sérosité dans les ventricules, cet épanchement étant moins commun que dans le cas précédent, a eu lieu sept fois, dont une dans le premier septénaire et six dans le second;

» 5° Que l'inflammation de la convexité de l'arachnoïde avec ou sans sérosité dans les ventricules, cet épanchement devenant encore plus rare, a été observée six fois, dont trois dans chaque septénaire;

» 6° Enfin, qu'une seule fois on a rencontré l'inflammation bornée à la seule arachnoïde des ventricules, et cela dans le premier septénaire.

» D'où l'on peut conclure, pour les *enfants*, que l'arachnitis de la base est d'autant plus fréquente que l'âge du sujet est moins avancé, et que l'épanchement séreux dans les ventricules est d'autant plus commun que l'arachnitis affecte la base ou les parties voisines.

» Pour ce qui a rapport aux 76 adultes, on voit :

» 1° Que l'inflammation de la base, avec ou sans sérosité dans les ventricules, ne s'est présentée que huit fois, l'épanchement séreux ayant existé sur cinq;

» 2° Que l'inflammation de la base et

de la convexité, avec ou sans sérosité, celle-ci étant moins fréquente que dans le cas précédent, a eu lieu vingt et une fois;

» 3° Que l'inflammation bornée à la seule convexité, avec ou sans sérosité dans les ventricules, l'une et l'autre ayant lieu à peu près dans les mêmes rapports, a été observée cinquante et une fois;

» 4° Que l'arachnitis des seuls ventricules n'a été remarquée qu'une seule fois.

» D'où il résulte, pour les *adultes*, que l'inflammation de la convexité seule, est la plus fréquente de beaucoup; que celle de la convexité et de la base vient ensuite; enfin celle de la base seule, et que l'épanchement séreux est d'autant plus fréquent que l'arachnitis se rapproche davantage de la base.

» Si nous établissons le parallèle des adultes et des enfants, nous voyons pour dernier résultat :

» 1° Que l'arachnitis de la base est plus fréquente chez les enfants, tandis que celle de la convexité prédomine chez les adultes;

» 2° Que chez les uns et les autres, l'épanchement des ventricules est d'autant plus fréquent que l'arachnitis se rapproche davantage de la base et des ventricules; d'où la fréquence de cette hydropisie chez les enfants;

» 3° Que l'arachnitis générale est beaucoup plus rare chez les enfants que chez les adultes. » (Parent et Martinet, *Traité de l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale et spinale*, Paris, 1821, p. 67.)

Tels étaient les caractères anatomiques généralement admis dans la méningite, à l'époque où MM. Parent et Martinet écrivaient, et tels ils sont encore aujourd'hui pour la plupart des chirurgiens. On voit que dans leur description les auteurs précédents ne font jouer aucun rôle aux lésions de la substance cérébrale elle-même. M. Calmeil a envisagé la méningite sous un point de vue tout différent. Pour lui, non seulement l'altération des méninges n'est pas la seule à considérer, dans cette maladie, mais encore cette altération n'est que secondaire et la lésion principale est celle de la substance nerveuse; aussi ce que l'on a appelé jusqu'à ce jour méningite, n'est-ce pour M. Calmeil qu'une *encéphalite diffuse*, tout au plus une *méningo-encéphalite*. Voici d'ailleurs comment il s'exprime sur ce sujet important :

« Les lésions qui ont été saisies dans l'encéphale et dans ses annexes, dans des circonstances où personne n'est tenté de contester l'existence d'une encéphalite ou d'une encéphaloméningite diffuse, sont plus ou moins distinctes, plus ou moins variées, plus ou moins palpables. Dans des cas où l'inflammation avait été portée à un degré extrême, nous avons observé dans la cavité de l'arachnoïde quelques cuillerées de sérosité trouble, quelques pellicules pseudo-membraneuses piquetées de sang, ou des concrétions filamenteuses amorphes. Sur le trajet des vaisseaux qui serpentent dans la pie-mère, l'arachnoïde offrait une teinte opaline; ces vaisseaux étaient gorgés de sang noir ou passablement rouge. La pie-mère était infiltrée d'une sérosité ou trouble ou purulente; en la soulevant, elle réfléchissait une couleur rouge uniforme, interrompue çà et là par un reflet verdâtre qui était dû à la présence d'une certaine quantité de pus concret. Quelquefois cette membrane, ou du moins les vaisseaux capillaires qu'elle fournit à la substance grise, adhéraient aux circonvolutions cérébrales, et entraînaient, au lieu de s'en séparer, une couche mince de substance nerveuse. Partout où l'on pratiquait des coupes sur le cerveau, à la superficie, il s'échappait du sang des vaisseaux les plus ternes; la substance grise semblait boursouflée; les circonvolutions cérébrales paraissaient aplaties, plus larges que dans l'état normal. Toute la masse encéphalique était hypérémiée, dépourvue de consistance, principalement sur le trajet de la ligne médiane. La voûte à trois piliers, la cloison transparente, toutes les commissures se déchiraient par la plus légère traction; en divisant avec les doigts des tranches épaisses de substance blanche, l'on mettait à découvert un nombre prodigieux de filets vasculaires poisseux et qui contenaient une petite colonne de sang à moitié liquide. La membrane qui tapisse les grands ventricules était inégale, chagrinée; les plexus choroïdes étaient injectés; les cavités ventriculaires distendues par un liquide séreux ou floconneux; le cervelet et la protubérance annulaire partageaient généralement

les mêmes altérations; dans quelques cas, le cerveau était ferme, élastique, plus résistant que dans l'état physiologique; enfin, il s'était formé sur quelques sujets des foyers de suppuration, des ramollissements complets dans les corps striés, les couches optiques, etc.

» Bien que ce tableau des modifications produites dans l'encéphale par l'inflammation ne s'éloigne, sous aucun rapport, de la plus stricte exactitude, il ne faut pas croire que la nature accumule constamment vers un organe enflammé le même nombre de désordres; et il ne faudrait pas surtout exiger toujours un pareil concours, un pareil ensemble de lésions, pour fonder l'existence de l'encéphalite diffuse. La turgescence, l'injection, la coloration vive de la substance grise du cerveau et de la pie-mère, lorsque d'ailleurs les symptômes que nous avons précédemment passés en revue ont existé, ne prouvent-elles pas suffisamment en faveur d'une phlegmasie aiguë? Beaucoup de médecins se montrent moins scrupuleux, moins réservés sur le choix des caractères anatomiques qu'ils assignent à l'encéphalite. Que la substance nerveuse paraisse trop molle ou trop consistante; que la coloration ou l'injection du parenchyme du cerveau se dessine dans une certaine étendue; que la pie-mère ou la membrane ventriculaire ait fourni un produit d'une sécrétion séreuse de quelque abondance, etc.; c'en est assez, à leurs yeux, pour justifier le développement d'un travail inflammatoire dans l'organe qui préside aux fonctions de l'innervation. Pour nous, nous convenons, dans l'intérêt de la vérité, avoir quelquefois rencontré quelques unes de ces lésions sur des malades qui n'avaient point offert les symptômes que nous assignons à l'encéphalite diffuse, et n'avoir rencontré, à plusieurs reprises, dans l'intérieur du crâne, aucune lésion un peu importante, quoique les signes de l'inflammation du cerveau eussent semblé très évidents. Mais, en supposant que l'on infère de cet aveu que les sens sont bien éloignés de retrouver dans la nature morte tout ce qui du vivant du malade porte le trouble dans les fonctions, nous ne répugnons nullement à admettre cette conclusion. Tout le monde sait, par exemple, que dans le délire symptomatique léger, pour ne pas invoquer des exemples de délires bien plus marqués, et bien autrement durables, il arrive plus ou moins fréquemment que l'on ne distingue pas d'altération dans les centres nerveux, quelque soin que l'on apporte à leur examen; or, il n'en est pas moins établi par les dissections qui ont été pratiquées sur un nombre imposant de sujets affectés d'encéphalite générale, que, dans la grande majorité des cas, l'on voit se reproduire dans le parenchyme de l'organe un certain ensemble de désordres, que l'on ne peut être tenté d'attribuer au hasard et de passer sous silence. Maintenant, que ces lésions aient précédé ou suivi la manifestation du délire, des convulsions, de la contracture, du coma, etc., elles ont au moins une valeur pour la thérapeutique, si ce n'est pour l'explication des phénomènes fonctionnels morbides. Il nous suffit, quant à présent, d'avoir posé ce principe dont nous aurons à faire l'application par la suite. » (Calmeil, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XI, p. 500, art. ENCÉPHALE.)

M. Calmeil, après l'exposé de ces faits anatomiques, appuie encore son opinion sur des considérations pathologiques importantes; nous les ferons connaître après avoir tracé la symptomatologie.

Symptômes. — MM. Parent et Martinet tracent ainsi la symptomatologie de la méningite.

« Nous reconnaissons à la phlegmasie de l'arachnoïde, trois périodes distinctes qui correspondent à ce que l'on reconnaît dans toutes les maladies, sous le nom d'accroissement, d'état et de déclin.

» La *première période* se manifeste ordinairement par une exaltation de la sensibilité, d'où naît la céphalalgie, un de ses caractères les plus constants. Quelquefois aussi elle s'accompagne d'une tendance à l'assoupissement, ce qui a plus particulièrement lieu pour l'arachnitis de la base, ou bien, d'un état sympathique de l'estomac, qui alors donne lieu à des vomissements ou à de simples nausées. Ordinairement aussi il s'établit en même temps un mouvement fébrile. Cet état de stimulation du cerveau est excessivement variable pour les formes qu'il prend chez chaque sujet; ces variations sont généra-

ement en rapport avec l'âge, la région de l'arachnoïde enflammée, avec la constitution, avec le degré de sensibilité du malade, ce qui fait que chez les enfants rien n'est plus varié que cette période.

» Jamais elle ne présente l'ensemble des symptômes qui caractérisent la troisième période, et s'il arrive qu'il existe dans le début un assoupissement comateux, ce qui est très rare, ce caractère dénote une troisième période d'emblée, comme cela pourrait avoir lieu, dans une métastase par exemple, et conséquemment annonce une mort prochaine.

» Sa durée est ordinairement de quelques heures à un, deux, trois ou quatre jours; quelquefois elle se prolonge jusqu'à deux septénaires; mais ces cas sont fort rares et alors les symptômes sont vagues, incertains, peu développés; les malades sont dans un état mixte de santé et de maladie; à peine aperçoit-on de temps à autre, quelque signe qui puisse faire soupçonner la véritable nature de l'affection, qui se dessine enfin, en passant rapidement à la seconde période. C'est ordinairement chez les sujets frêles, cacochymes, épuisés, et chez les enfants surtout, que se remarque cette longue durée de la première période.

» La *seconde période* qui est un véritable état de réaction, s'accompagne d'un trouble particulier du système locomoteur, trouble qui correspond à celui du cerveau, lequel est alors exalté au dernier point; c'est ici que se trouvent les convulsions, le délire, l'agitation, les contractions, les oscillations ou le commencement de la dilatation des pupilles, en un mot, tous les symptômes cérébraux portés au plus haut degré et vraiment caractéristiques de l'arachnitis. Dans cette période, la céphalalgie est moins constante que dans la première, le cerveau percevant alors plus difficilement les sensations tant internes qu'externes.

» Cette période est généralement celle dont la durée est la plus longue : elle varie de deux, trois, quatre jours, à un et même deux septénaires. Elle offre quelques différences selon les siéges de l'arachnitis. Dans celle de la base et dans celle des ventricules, la forme comateuse s'y trouve presque essentielle et se combine avec les convulsions, l'agitation, les lésions du globe de l'œil, etc., tandis que dans celle de la convexité, c'est le délire qui la caractérise et qui, par son début, la constitue réellement.

» La *troisième période* est celle dont la durée est la plus courte; elle varie en général de quelques heures à trois ou quatre jours; rarement elle se prolonge au-delà. C'est la période de collapsus. L'abolition des sens, la perte du mouvement, d'où naît la paralysie locale et générale, le coma, sont les principaux symptômes qui la caractérisent. Les signes les plus fâcheux s'y trouvent réunis, aussi il n'est plus possible, dans cette période où tous les symptômes des diverses affections cérébrales se trouvent confondus, de reconnaître avec certitude l'existence de l'arachnitis. En effet, toutes les maladies de l'encéphale arrivées à ce degré se présentent sous une même forme, ainsi qu'on l'observe également, pour un très grand nombre de phlegmasies aiguës, thoraciques et abdominales. Nous avons rencontré beaucoup de malades qui, ayant succombé à ces dernières affections, après avoir présenté le coma et les autres symptômes cérébraux, n'ont offert, à l'ouverture de leur cadavre, aucune lésion soit des méninges, soit du cerveau.

» Le collapsus caractéristique de la troisième période, et l'exaltation qui distingue la seconde, ont cela de particulier, que telle partie du corps peut présenter des signes de la troisième période, tandis que telle autre n'en offrira que de la seconde. C'est ce qui se voit même assez fréquemment dans plusieurs régions, comme à la face par exemple, où l'on trouve souvent les paupières paralysées alors que les muscles de la bouche sont encore en convulsion : c'est principalement dans l'arachnitis de la base, vers l'entrecroisement des nerfs optiques, que se remarque ce mélange de symptômes des deux dernières périodes.

» Nous ne parlerons pas du retour à la santé comme apportant quelque changement dans ces divers stades, parce qu'alors, la maladie diminuant d'intensité, les symptômes qui les caractérisent, disparaissent, soit à la première période, soit

à la seconde dans la plupart des cas, et rarement dans la troisième.

» Il faut avouer cependant qu'il est souvent difficile de déterminer le passage de l'une à l'autre, parce que chacune d'elles ne s'accompagne pas toujours de tous les symptômes qui devraient lui appartenir, et qu'un seul symptôme ne peut suffire pour caractériser une période. C'est ainsi que la céphalalgie qui appartient essentiellement à la première période, se remarque encore dans la seconde et même dans la troisième, ce qui est beaucoup plus rare, parce que les malades recouvrant quelquefois momentanément leur raison, peuvent alors accuser la douleur et même l'indiquer par gestes, lorsqu'ils ne peuvent s'exprimer par la parole. L'arachnitis de la base apportant beaucoup moins de trouble dans l'intelligence et s'accompagnant de rémissions plus tranchées, nous offre aussi plus fréquemment la céphalalgie dans la seconde période. Il peut même arriver quelquefois que cette douleur vienne à manquer dans la première, comme nous en avons quelques exemples.

» Souvent les symptômes de la seconde et de la troisième période se confondent entre eux, particulièrement dans l'arachnitis de la base, comme nous l'avons déjà dit plus haut; rarement ceux de la troisième avec ceux de la première; mais assez souvent ceux de la première avec ceux de la seconde. Cependant il est une époque, celle de l'invasion, où ce mélange se remarque rarement; aussi insisterons-nous d'une manière particulière sur ce mode d'invasion, qui, sous tant de rapports, mérite de fixer l'attention du praticien. » (Parent et Martinet, *loc. cit.*, p. 22.)

Après avoir ainsi tracé d'une manière générale l'ensemble des symptômes de la méningite, les auteurs précédents étudient et décrivent ainsi qu'il suit chaque symptôme en particulier :

« *Du faciès.* — Il suffit d'avoir tant soit peu observé, pour savoir combien est important, dans la pratique de la médecine, l'examen de la face, qui seule, dans bien des circonstances, fournit presque autant de données que tous les autres appareils, pour arriver à un diagnostic facile et rigoureux. Si la face n'offre pas la réunion de tous les symptômes caractéristiques de l'arachnitis, nous allons voir qu'elle en présente plusieurs qui sont d'une assez grande importance.

» Après un caractère particulier attaché à l'ensemble de la face, un aspect d'étonnement et de stupeur qu'il nous est impossible de décrire, mais qu'il suffit d'avoir vu quelquefois pour s'en bien pénétrer, les symptômes les plus saillants que nous offre cette partie, nous sont fournis par les pupilles et par le globe de l'œil.

» Les pupilles sont ou dilatées, ou contractées, ou alternativement dans ces deux états; quelquefois elles sont immobiles à la plus vive lumière.

» Le globe de l'œil présente une rougeur plus ou moins intense de la conjonctive, le strabisme d'un seul ou des deux yeux, la rotation continuelle de cet organe, son renversement en haut, enfin la paralysie de la paupière supérieure.

» La contraction des pupilles a lieu indistinctement dans les trois périodes, au lieu que la dilatation est plus particulière à la seconde, et surtout à la troisième. Plus d'un tiers des malades nous ont présenté ce phénomène. Ordinairement cet état de dilatation et de resserrement est permanent; mais quelquefois il change en peu de temps, de sorte que telle pupille qui, le matin était dilatée, se trouve contractée le soir, et *vice versâ*. Les alternatives de dilatation et de resserrement peuvent être assez rapides pour être aperçues par l'œil, mais cela ne s'observe que très rarement.

» L'immobilité absolue des pupilles à la plus vive lumière, ne se voit qu'à la fin de la troisième période, et lorsque tous les symptômes sont arrivés au plus haut degré d'intensité.

» La rougeur de la conjonctive est très fréquente, et souvent même assez intense pour caractériser une véritable ophthalmie; les stries grisâtres qui ternissent alors la cornée transparente et lui donnent un aspect pulvérulent, ne sont dues qu'à une espèce de suppuration ou d'exsudation albumineuse d'une nature particulière.

» Le strabisme se voit à peu près dans la proportion d'un dixième; le plus ordinairement, il affecte les deux yeux, quelquefois aussi il ne se rencontre que sur un

seul, mais cela est rare. Quoique l'œil puisse se porter dans toutes les directions, c'est cependant du côté de l'angle interne qu'il se dirige principalement : ce strabisme, ainsi que la rotation continuelle des yeux dans les orbites, s'observent le plus ordinairement vers la troisième période, et quelquefois même dans la seconde. Ce sont en général des symptômes peu communs et qui se rencontrent de préférence chez les enfants.

» Le renversement des yeux en haut et la paralysie des paupières se présentent plus fréquemment et appartiennent particulièrement à la fin de la seconde et à la troisième période.

» Les erreurs de vision et le clignotement des paupières sont de ces symptômes peu communs, qu'on remarque quelquefois par hasard et qui n'ont aucune valeur particulière. Il n'en est pas de même de l'exaltation excessive de la sensibilité de la rétine, exaltation qui peut suffire dans certains cas pour faire présumer l'existence de l'arachnitis.

» Nous ferons remarquer en terminant ce qui a rapport au globe de l'œil, que ses lésions appartiennent spécialement à l'arachnitis de la base, surtout pour ce qui a rapport à la direction des axes, à la dilatation des pupilles et aux mouvements convulsifs.

» L'appareil musculaire de la face paraît souvent dans un grand désordre, et nous offre plusieurs phénomènes dignes de remarque; le premier et le plus important de tous, est le trismus qui est aussi fréquent dans l'arachnitis suppurée, que dans celle qui ne l'est pas : plus d'un cinquième des malades nous l'ont offert; il appartient à la seconde et à la troisième période, rarement il se présente dans la première. Les grincements de dents et l'écume de la bouche, qui paraissent affecter la même époque de l'arachnitis, ne se remarquent, dans la plupart des cas, que chez les sujets en bas âge.

» Les convulsions de la face sont un peu moins fréquentes; on peut y rapporter le rire sardonique, les mouvements de mastication et le tremblement de la lèvre inférieure. Ces symptômes appartiennent à la seconde période, presque jamais à la première. La déviation de la bouche est un symptôme excessivement fugace; nous ne l'avons observé que neuf fois d'une manière bien tranchée.

» Généralement dans l'arachnitis, la face est rouge et animée; quelquefois pourtant nous l'avons trouvée pâle et décolorée.

» Après avoir étudié les symptômes du *faciès*, nous allons tour à tour passer en revue ceux que présente chaque appareil, en les examinant successivement l'un après l'autre, d'après leur ordre de fréquence.

» *Appareil sensitif.* — Les symptômes les plus fréquents, les plus faciles à saisir et qu'on peut regarder comme presque caractéristiques de l'arachnitis, nous sont fournis par l'appareil sensitif. Ce sont le trouble de l'intelligence dans lequel on comprend le délire, le simple assoupissement ou le coma, la céphalalgie, la stupeur, enfin l'altération de la sensibilité générale et des sens en particulier.

» Le délire varie beaucoup pour sa forme, sa durée et les objets sur lesquels il s'exerce : nous l'avons vu bien caractérisé, et dans toute sa force, chez quatre-vingt-neuf malades, et peut-être l'aurions-nous trouvé plus fréquemment, s'il nous avait été possible de les observer dans tout le cours de leur maladie. Il affecte de préférence les adultes qui sont plus disposés à l'arachnitis de la convexité. Il est tantôt gai et tantôt triste; nous avons vu quelques malades crier, vociférer, s'agiter dans tous les sens; mais cela est rare, le plus souvent ils sont calmes, tranquilles et marmottent entre leurs dents des paroles inarticulées; on les dirait alors plongés dans une espèce d'ivresse. Ce délire n'est pas toujours opiniâtre; on peut en retirer assez facilement les malades en les excitant un peu : alors ils vous répondent avec justesse sur ce qu'ils éprouvent. Mais, abandonnés à eux-mêmes, ils retombent promptement dans leur premier état. Le délire présente ce caractère dans la première et surtout dans la seconde période, où il est continu, quelquefois rémittent et rarement intermittent. Dans la troisième, on ne peut plus le considérer comme existant, vu l'anéantissement des facultés intellectuelles.

» Le délire constitue le passage de la première à la seconde période; c'est lui

qui forme le principal caractère de l'inflammation de la convexité des hémisphères.

» D'autres malades, qui ne délirent pas, sont indolents, hébétés, maussades, irascibles, ou, contre leur naturel, gais, enjoués jusqu'à la déraison. Chez presque tous on remarque une diminution des facultés cérébrales, ou une impossibilité presque complète de les mettre en jeu; de sorte que beaucoup ne prononcent que des monosyllabes. Nous avons vu un individu qui, pendant plusieurs jours, n'a pu dire que *us*, *us*. Cet état qui subsiste quelquefois pendant toute la maladie, est ordinairement le précurseur du délire, lorsqu'il ne le constitue pas.

» L'assoupissement profond et continuel qui prend souvent le caractère du coma, observé seulement pendant la première et la seconde période, vient, pour l'importance, après le délire. Nous l'avons rencontré quatre-vingt-deux fois. Il est plus fréquent chez les enfants que chez les adultes, et caractérise, étant joint à d'autres symptômes, l'inflammation de l'arachnoïde de la base, que nous verrons par la suite être l'apanage de l'enfance; aussi, chez ces derniers, il constitue la seconde période, conjointement avec les symptômes d'irritation qui l'accompagnent.

» Ce phénomène, le plus fréquent de tous, si l'on veut tenir compte de la fin de la troisième période, ne constitue réellement à cette époque qu'une véritable agonie, et perd, en conséquence, toute sa valeur comme symptôme.

» L'assoupissement a cela de commun avec certains délires propres à l'arachnitis, qu'on peut le faire cesser momentanément en excitant le malade; mais, comme dans le délire, cela ne peut avoir lieu que dans son début; car dans la seconde partie de la deuxième période et dans la troisième, il est continuel et opiniâtre. Lorsque l'arachnitis suit sa marche ordinaire, ce symptôme ne paraît point avant la fin de la première période; nous l'avons cependant remarqué quelquefois dès le début; ces cas sont excessivement rares : nous en avons parlé en décrivant le mode d'invasion.

» La céphalalgie, symptôme d'une si haute importance au début de l'arachnitis, conserve toute sa valeur dans le cours de la première et de la seconde période; on la rencontre presque chez tous ceux qui ont conservé leur raison, ou qui peuvent la recouvrer momentanément lorsqu'on les excite; d'où il résulte qu'elle s'observe beaucoup plus longtemps chez les enfants. Il est presque probable que cette céphalalgie existe dans une période plus avancée, et que si les malades ne s'en plaignent point, c'est qu'absorbés par la violence du mal, ils ne sont plus en état de distinguer leurs propres sensations ni de les exprimer. A cette seconde période, nous avons encore pu reconnaître ce symptôme sur plus de la moitié des sujets observés.

» Cette céphalalgie offre quelques particularités sous le rapport de la nature de la douleur; jamais les malades ne l'expriment de la même manière; ils se plaignent de pesanteur, d'élancements, d'engourdissements, etc., souvent ils la comparent à l'action de causes qu'ils ne connaissent pas, ou qu'ils n'ont jamais éprouvées, ce qui démontre leur incertitude à son égard, en même temps qu'ils nous donnent l'idée de la variété de forme dont elle est susceptible.

» Cette céphalalgie est ordinairement générale, quelquefois elle n'occupe qu'un côté de la tête; nous l'avons vue une ou deux fois quitter brusquement son siége primitif pour venir se fixer ailleurs; elle n'indique pas toujours le siége de la lésion, comme nous le démontrerons par la suite.

» La stupeur, caractérisée par une sorte d'abandon et d'inertie générale, un aspect étonné et tout particulier de la face, alternant avec les autres symptômes, ou les accompagnant, est propre à toutes les périodes, mais surtout aux deux premières, où le *faciès* conserve une expression beaucoup plus marquée.

» La diminution de la sensibilité générale est dans le rapport de plus d'un cinquième, en ne l'examinant qu'à la fin de la première, et dans le cours de la seconde période; cette diminution est constante dans la troisième, puisqu'elle marche toujours avec le coma.

» L'altération de la vue, de l'ouïe, de la parole, très fréquente dans la troisième

période, ne mérite alors aucune attention spéciale; mais lorsqu'elle arrive à la première, elle confirme les autres symptômes et facilite le diagnostic.

» Nous avons remarqué quelquefois, mais assez rarement, une insomnie opiniâtre, sans que nous ayons pu découvrir la cause de ce symptôme si contraire à l'assoupissement et au coma.

» Enfin, contre la règle générale, quelques sujets, en présentant tous les autres phénomènes propres à l'arachnitis, conservent, jusqu'au dernier moment, leur intelligence libre et parfaite. On n'en peut tirer aucune conséquence dans l'arachnitis de la convexité où cette intrégrité de l'intelligence est excessivement rare; mais il n'en est pas de même dans l'arachnitis de la base, dans laquelle les facultés intellectuelles sont plutôt empêchées que troublées et dans un véritable désordre, comme cela s'observe dans le premier genre d'arachnitis.

» *Appareil locomoteur.* — L'appareil locomoteur présente dans l'arachnitis plusieurs genres d'altérations qu'on peut rapporter à trois principaux :

» 1° Un état de contraction et de rigidité local ou général;

» 2° Un état de paralysie local ou général;

» 3° Un état convulsif, également local ou général.

» Nous ajoutons à ces trois états, l'agitation qui dénote plutôt un trouble de l'économie tout entière, qu'une lésion particulière de l'appareil locomoteur.

» Ce dernier symptôme, l'agitation, est pour la fréquence, dans le rapport d'un cinquième environ; elle tient à la première période et particulièrement à la seconde; elle est caractérisée par une inquiétude vague, des pandiculations, l'impossibilité de rester un moment dans la même position. Ce phénomène n'a pas beaucoup de valeur en lui-même, car, étant commun, dans la première période, à un grand nombre de maladies, il ne peut aider que faiblement au diagnostic. Cependant on ne doit point le négliger.

» Il n'en est pas de même des convulsions; elles sont, avec la paralysie et les diverses contractions, un des signes les plus caractéristiques de l'arachnitis. Les convulsions générales se remarquent au moins chez le tiers des malades. Elles sont assez constamment accompagnées d'un état de rigidité des parties qu'elles affectent. Celles qui sont partielles sont beaucoup moins fréquentes que les précédentes, et sont presque toujours suivies de flaccidité. Les convulsions sont beaucoup plus communes chez les enfants; elles appartiennent de préférence à la deuxième période et au commencement de la troisième. Elles sont plus prononcées dans les extrémités supérieures qui en sont presque exclusivement le siége. Quelquefois, mais plus rarement, nous les avons vues bornées à un seul côté du corps. Elles peuvent aussi se fixer sur le col, en même temps que sur les autres parties.

» La contraction des muscles avec rigidité, attaque, suivant leur ordre de fréquences, les muscles de la mâchoire, ceux de la partie postérieure du col, ceux des extrémités supérieures et inférieures, quelquefois ceux de la région postérieure du tronc. Dans un seul cas, nous l'avons trouvée fixée aux muscles de la paroi antérieure de l'abdomen.

» Les contractions avec rigidité, ou contractures, appartiennent principalement à tout le cours de la seconde, et à la première partie de la troisième période; elles sont quelquefois continuelles; mais le plus ordinairement elles offrent des alternatives de relâchement qui se répètent à des intervalles assez rapprochés; elles ont également lieu sur les extenseurs et fléchisseurs; car si l'on saisit le bras lorsqu'il est fléchi, on ne peut l'étendre, de même qu'on ne peut le fléchir lorsqu'il est tendu; cette contraction n'est pourtant pas si violente qu'on ne puisse vaincre la résistance par un effort prolongé : on s'aperçoit quelquefois alors qu'elle cède brusquement, mais cela n'a pas toujours lieu. Les muscles des mâchoires, et surtout ceux de la partie postérieure du col, paraissent opposer une résistance beaucoup plus forte que ceux du bras; ce qui tient peut-être, pour la mâchoire, au peu de longueur du lévier sur lequel on agit. Dans le col, elle est ordinairement si considérable, qu'en soulevant la tête, on élève le tronc tout d'une pièce sans lui faire éprouver le moindre mouvement de flexion. Quelquefois cette rigidité

est plus sensible d'un côté que de l'autre. Chose remarquable, nous ne l'avons observée qu'une seule fois dans les muscles de la partie antérieure du col.

» La paralysie générale est, de tous les symptômes fournis par l'appareil locomoteur, le moins fréquent et le moins important.

» Quant à la flaccidité qui succède à la contraction ou aux convulsions, elle n'a lieu qu'à la fin de la troisième période, et peut être considérée alors comme une perte de la puissance locomotrice.

» L'hémiplégie, au contraire, mérite beaucoup plus d'attention ; nous l'avons vue plusieurs fois survenir instantanément dans le cours de la première et de la seconde période ; mais c'est généralement dans l'arachnitis par cause externe, que nos malades nous l'ont présentée.

» La paraplégie, la prostration, etc., sont des accidents que nous avons quelquefois observés, mais auxquels nous n'avons pu reconnaître de cause directe.

» Quant aux soubresauts, ils n'expriment rien en particulier qu'un trouble de l'appareil qui nous occupe : symptôme commun à une multitude d'affections, il en annonce la gravité sans jeter le plus petit jour sur l'essence de la maladie.

» *Appareil digestif.* — En parlant du mode d'invasion, nous avons exposé tout ce que présente de remarquable l'appareil digestif, sous le rapport des vomissements et des nausées. Ces symptômes s'observent encore pendant la fin de la première période, et souvent dans le cours de la seconde, chez les enfants.

» Toutes les autres modifications que peut offrir cet appareil varient beaucoup ; aucune n'appartient en propre à l'arachnitis, si ce n'est la constipation, qui est un caractère assez constant de cette phlegmasie, quel que soit en général l'âge du sujet. Lorsque l'inflammation de l'arachnoïde est simple, la langue est ordinairement blanchâtre ; mais d'autres fois elle est sèche, rouge, noirâtre, fuligineuse, tremblante, etc. ; ce qui a lieu dans les complications de péripneumonie, de gastrite ou d'autre affection abdominale ; mais à cet égard, il n'y a rien de constant.

» *Appareil circulatoire.* — Il est la plupart du temps troublé par l'arachnitis, mais ce trouble variant beaucoup, et étant commun à toutes les maladies un peu graves, il cesse d'avoir quelque valeur. Le plus ordinairement, le pouls est fréquent ; quelquefois, au contraire, il est lent. Il n'est pas rare de le trouver intermittent, et souvent irrégulier, surtout dans la troisième période. En général, la nature des complications, l'âge et surtout la constitution du malade, influent sur cet appareil d'une manière plus remarquable que sur tous les autres. Nous avons eu plusieurs fois occasion de nous assurer que la fréquence du pouls ne paraît, dans certains cas, que vers la fin de la seconde période, caractère qui présente quelques rapports avec les lésions de la pulpe.

» *Appareil respiratoire.* — Dans l'arachnitis simple, la respiration n'est pas ordinairement altérée, si ce n'est à la fin de la troisième période, peu de temps avant la mort. Mais les lésions qu'elle présente alors, comme la fréquence, le râle, le stertor, n'ont point de caractère particulier ; elles sont communes à toutes les agonies. Cet état d'intégrité des fonctions respiratoires appartient spécialement à toutes les maladies de l'encéphale.

» Il n'en est pas de même dans les complications ; la lésion de la respiration est alors en rapport avec la nature et la fonction de l'organe affecté et avec la gravité de la maladie. On conçoit que la respiration doit offrir de la gêne, de la fréquence, et bien d'autres troubles dans les complications de péripneumonie, de péricardite, de péritonite et de pleurésie, comme nous en avons grand nombre d'exemples.

» Le hoquet est un symptôme que nous avons plusieurs fois observé à la fin de l'arachnitis ; il peut durer deux ou trois jours, en paraissant et disparaissant alternativement. On doit le regarder comme un signe de très mauvais augure.

» *Habitude du corps.* — Elle n'offre point dans l'arachnitis de symptômes bien tranchés et bien caractéristiques ; toutes les particularités qu'elle présente appartiennent à la plupart des maladies aiguës et surtout aux phlegmasies.

» Ce que nous observons de plus digne de remarque sur l'ensemble du corps se réduit à l'état de la chaleur, à la sécheresse de la peau, à la sueur qui la couvre,

à la coloration particulière, enfin à l'attitude que prennent ordinairement les malades.

» La chaleur est le plus souvent élevée et uniformément répandue sur toute la surface de la peau. C'est vers la seconde période qu'elle est ordinairement la plus forte; à la fin de la maladie, elle diminue généralement, et présente alors beaucoup de variété pour sa distribution. Dans des cas, à la vérité assez rares, nous avons vu cette variété dans la distribution de la chaleur, depuis le moment de l'invasion jusqu'à l'instant de la mort, et cela de la manière la plus singulière et la plus tranchée; ainsi, nous l'avons trouvée bornée à la tête, le corps étant froid; nous avons également observé la face glacée, tandis que notre main pouvait à peine supporter la chaleur du corps. Un fait fort remarquable s'est offert à nous; pendant tout le temps de la maladie, qui fut assez longue, le visage n'a cessé de présenter des variations de température dans ses différentes parties; souvent une pommette était froide, tandis que l'autre était rouge et très chaude; souvent aussi cette différence avait lieu entre le front et le bas du visage. Cette variation dans la distribution de la chaleur, qu'on remarque fréquemment dans les fièvres dites ataxiques, indiquerait-elle dans ce cas une complication de phlegmasie des méninges? Nous n'osons l'affirmer, n'ayant point sur ce sujet de faits bien certains et bien concluants.

» La peau est en général sèche pendant la première période; dans la seconde, elle est quelquefois humide ou même couverte d'une sueur très abondante. Cette sueur peut, dans certains cas, être générale; le plus ordinairement elle est bornée au visage, où elle présente alors un certain degré de viscosité; mais ce caractère, qui n'a lieu qu'à la fin de la maladie, n'est probablement qu'un effet de l'agonie.

» Dans quatre ou cinq circonstances particulières, nous avons vu la peau prendre une teinte jaunâtre, comme ictérique, sans qu'il nous ait été possible de découvrir la cause de cette singularité.

» Le décubitus n'a rien par lui-même qui soit propre à l'inflammation qui nous occupe; il est dans l'arachnitis ce qu'il est dans toutes les maladies qui affectent profondément l'économie, et surtout dans celles où le cerveau et ses facultés sont fortement compromis; le plus ordinairement, le malade est abattu, dans un état d'inertie et de prostration complètes, presque toujours couché sur le dos, les membres et le corps obéissant à leur propre poids. Cette description du décubitus, commun à la fin de la seconde période et à toute la troisième, ne conviendrait pas à la première, dans laquelle il présente alors un grand nombre de variétés, qu'il serait aussi long qu'inutile de décrire.

» Nous dirons ici deux mots d'une odeur particulière, que répandent quelquefois les malades; cette odeur ne peut être comparée qu'à celle qu'exhale la souris; elle ne se développe qu'à la fin de la seconde période, et nous a toujours paru d'un très fâcheux augure. Elle semble se lier avec l'émission involontaire des urines, qui, stagnant alors dans le lit du malade, acquiert par la chaleur une odeur excessivement forte. » (Parent et Martinet, *loc. cit.*, p. 47.)

C'est ici le lieu de placer l'interprétation que donne M. Calmeil des symptômes précédents, attribués, par MM. Parent et Martinet et la presque totalité des auteurs, à la méningite.

« Comme il importe, dit-il, de simplifier, autant que possible, l'étude des maladies, nous nous appliquerons maintenant à démontrer l'identité presque constante de la méningite et de l'encéphalite diffuse, et les arguments ne peuvent manquer en faveur de cette opinion. Déjà, en remontant vers le passé, nous voyons des hommes renommés par l'étendue de leur savoir et la justesse de leur esprit, confondre dans la même description la phrénésie et l'inflammation du cerveau. Cullen, P. et J. Frank, Boyer, Chardel, Georget, M. le professeur Rostan, etc., établissent que les symptômes de l'arachnitis proviennent du cerveau qui participe à l'affection de ses enveloppes. Morgagni, après avoir examiné avec sa sagesse habituelle, la question qui nous occupe, après avoir cité l'opinion de plusieurs savants de l'époque, qui pensaient « que la substance corticale, tout au moins, était enflammée dans la phrénésie; » l'opinion de l'anatomiste Méibomius, qui soutenait la thèse opposée, finit par conclure qu'il est de

toute évidence que la substance nerveuse participe, dans certains cas, à l'état inflammatoire des méninges (*Lettre* 7, paragraphe 8, etc). Personne, je suppose, n'est sérieusement tenté d'attribuer exclusivement à l'état de l'arachnoïde ou de la pie-mère, le désordre de l'intellect, les phénomènes convulsifs et tout le cortége des symptômes que l'on prétend devoir caractériser la méningite ; et lorsque l'on imprime que la perversion des fonctions, qui ne sauraient être sous la dépendance immédiate des méninges, provient cependant d'une inflammation de leur tissu, ce langage exprime apparemment que le foyer primitif du mal est en dehors du cerveau : mais encore, en supposant cette proposition démontrée, serait-il convenable de recourir à un langage plus positif, moins fait pour égarer les idées souvent mal assises de la jeunesse, et surtout de rechercher jusqu'à quel point le désordre qui règne dans l'organe dont les fonctions se trouvent profondément troublées dans l'encéphale, en un mot, est ou non appréciable ? Il est douteux, pour beaucoup de cas de méningites, que la lésion de l'encéphale soit plus récente que la phlegmasie de la méninge. Combien de fois la phrénésie n'est-elle pas symptomatique d'un état fluxionnaire éloigné, d'un érysipèle, d'une éruption confluente de la peau ou du canal alimentaire, d'une affection organique du cerveau même ? Or, n'est-il pas à croire que l'influence sympathique n'arrive aux méninges que par la voie du cerveau ? Que le dérangement que subit alors cet important organe se propage bientôt à la pie-mère, cela se conçoit, mais qu'il ne survienne du désordre dans les fonctions cérébrales qu'après que la pie-mère a irrité à son tour l'encéphale, voilà ce qui nous semble peu probable. Nous prétendons maintenant que, s'il est généralement reçu en principe que la conformité parfaite des symptômes observés sur deux ou plusieurs malades suppose la même conformité dans le siége et la nature des altérations matérielles qui décident de leur exppression fonctionnelle, la phrénésie ne peut être séparée de l'encéphalite ; car jamais les pathologistes, en cherchant à identifier deux maladies, n'ont tracé deux tableaux plus frappants de ressemblance que ceux dont on s'appuie pour justifier l'existence de la méningite et de la cérébrite, en tant qu'affections distinctes. Est-ce donc réellement l'observation cadavérique qui nécessite une distinction si opposée aux principes de la logique, si peu conforme aux préceptes généralement adoptés par les gens de l'art ? Interrogeons l'anatomie pathologique, dont l'autorité est d'une si grande valeur, et peut-être nous sera-il accordé de pénétrer les motifs qui ont déterminé quelques auteurs à rattacher à l'état des méninges des accidents dont en réalité le siège est dans l'instrument principal des fonctions de l'innervation. Bonet, Morgagni, après avoir emprunté à leur pratique et à divers auteurs des exemples de phrénésies compliquées de lésions cérébrales, ne manquent pas ensuite de rapporter des cas de phrénésies sans altération du tissu nerveux. Dans la plupart des monographies et des thèses inaugurales publiées sur la méningite, les autopsies démontrent également que dans cette affection, le cerveau paraît tantôt sain, tantôt enflammé. Dans les nombreuses observations de méningites consignées dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, il est des cas où l'injection sanguine, l'infiltration séreuse et purulente de la pie-mère, la rougeur, la mollesse, l'aspect sablé, l'endurcissement, etc., de la substance cérébrale, prouvent en faveur d'une véritable méningo-céphalite ; d'autres où la masse encéphalique est notée comme exempte d'altération ; dans les recherches de M. Andral sur le sujet que nous envisageons (*Clinique médicale*, t. V) les lésions inflammatoires de l'encéphale sont relatées dans une proportion que l'on ne peut être tenté de suspecter. « Dans des cas, dit M. le professeur Andral, où l'inflammation a surtout pour siége la portion des méninges qui revêt la convexité des hémisphères, il n'est pas rare de trouver la substance grise des circonvolutions injectée et ramollie ; cette substance s'enlève alors comme une pulpe, au moment où l'on essaie d'en séparer la pie-mère ; tantôt on ne trouve rien plus profondément ; tantôt toute la substance médullaire des hémisphères présente, sur chaque tranche, une grande quantité de points rouges qui sont les orifices divisés d'autant

de vaisseaux gorgés de sang (page 155). Sur cinquante-deux observations de méningite que j'ai prises au hasard dans le *Traité de l'arachnitis*, de MM. Martinet et Parent, et analysées, dit Georget, je n'ai trouvé que cinq fois le pus à la surface de l'arachnoïde ; et j'ai trouvé, au contraire, sur ces cinquante-deux observations, trente-deux fois la pie-mère injectée, infiltrée de sang, de liquide séreux, sanguinolent, séro-purulent, purulent jusqu'au fond des anfractuosités; vingt-six fois le cerveau ramolli partiellement ou généralement; treize fois cet organe injecté et sablé de sang, ou injecté de ce liquide, très dense (*Dictionnaire de méd.*, 1re édit., tome VIII, p. 3). Que conclure de cet exposé impartial des faits commentés par le raisonnement, si ce n'est que logiquement et physiologiquement parlant, les symptômes de la phrénésie ne peuvent émaner que de l'encéphale ; que les lésions anatomiques auxquelles ils correspondent se rattachent, en thèse générale, au développement d'une phlegmasie aiguë dont les traces s'aperçoivent après la mort, soit dans l'encéphale (encéphalite), soit dans l'encéphale et les méninges (encéphalo-méningite), soit uniquement dans les membranes (méningite des auteurs)? Mais si, parce que l'on rencontre quelquefois des exemples de délire phrénétique avec une simple inflammation méningée, sans que la pulpe cérébrale participe en apparence au travail inflammatoire, l'on persiste à vouloir séparer la méningite de l'encéphalite, il faut être conséquent jusqu'à la fin; et puisque, ainsi que Morgagni l'a judicieusement observé, l'on ouvre beaucoup de prétendus phrénétiques dont les méninges ne s'éloignent pas sensiblement de l'état normal, l'on ne doit pas professer que la phrénésie se confond constamment avec la méningite, à moins d'invoquer, dans les deux cas, l'analogie des symptômes : mais cette analogie parlerait d'une manière plus probante encore en faveur de l'encéphalite ou de la méningo-céphalite. En résumant toute cette discussion, et en attendant que l'observation clinique fixe, d'une manière définitive, les symptômes propres à caractériser l'état inflammatoire de l'encéphale et des méninges; nous voyons peu d'inconvénients pour les malades et pour la science à confondre sous le titre de méningo-céphalite, la cérébrite, la méningite et la phrénésie de la plupart des écrivains anciens et modernes.

» M. Louis, dont l'exactitude et le rare talent d'observation ne peuvent que jeter, dans beaucoup de cas, une grande défaveur sur les rapprochements que l'on n'aurait fondés que sur l'analogie, une certaine similitude de symptômes, après avoir analysé, dans son bel ouvrage sur les fièvres typhoïdes, les désordres cérébraux qu'ont présentés la plupart des malades soumis à son observation; symptômes d'une ressemblance frappante avec ceux que l'on a coutume de rapporter à l'inflammation méningée; après avoir analysé les lésions qu'il a soigneusement notées vers l'encéphale, est disposé à conclure que la présence de ces lésions est à peu près insignifiante pour l'explication des phénomènes morbides survenus dans les fonctions de l'encéphale. Nous regrettons de ne pouvoir partager la manière de voir de M. Louis, et l'opinion que nous avons à lui opposer est basée uniquement sur la comparaison de faits qui lui appartiennent, et dont nous tirons seulement des déductions différentes sous quelques rapports. Dans son ouvrage sur la phthisie pulmonaire, M. le docteur Louis a noté d'abord sur cent phthisiques l'état de l'encéphale et de ses annexes. Sans trop nous arrêter à l'état plus ou moins anormal de l'arachnoïde, à l'infiltration séreuse légère de la pie-mère, aux épanchements séreux peu abondants des ventricules, que l'on sait exister à peu près constamment sur tous les sujets, passé un certain âge, nous trouvons sur ces cent cas, la pie-mère rouge, épaissie ou injectée, une fois sur huit; la substance cérébrale, plus ou moins injectée, quatorze fois sur cent; plus ou moins ramollie, douze fois sur cent. Sur cent quinze autres individus non phthisiques, et dont les fonctions cérébrales n'étaient pas lésées, la pie-mère était rouge, injectée, quatorze fois; la substance nerveuse rouge, et injectée, quatorze fois, à peu près; ramollie ou simplement diminuée dans sa consistance, quinze fois (*Recherches sur la phthisie*, Paris, 1843, p. 161). Opposons à ces résultats ceux que présente le cerveau des sujets attaqués de dothiénentérie et dont les fonctions de

l'innervation se trouvent profondément lésées. Sur quarante-six observations, la piemère est injectée vingt-trois fois environ ; la substance corticale dix-sept fois, plus ou moins rose; la substance médullaire, trente-neuf fois, plus ou moins injectée ; la consistance générale ou locale de la masse générale diminuée cinq fois, augmentée six fois (sur la gastro-entérite, p. 382, 383, 384, etc.). Ajoutons, d'après un travail d'analyse que nous avons fait sur toutes les autopsies publiées par M. Louis, que dans la grande majorité des cas d'affections typhoïdes, le même cerveau réunit, ou l'injection de la pie-mère, la coloration rosée de la substance grise, l'injection de la substance blanche, ou l'injection, la coloration, l'endurcissement, le ramollissement du parenchyme cérébral, ou l'injection, la coloration de ce même parenchyme, et un épanchement séreux, soit dans les ventricules, soit dans le réseau de la pie-mère, beaucoup trop considérable pour n'être pas attribué à une exhalation morbide. L'on observe plus cette réunion de désordres sur les phthisiques, et sur vingt-quatre cas, pris au hasard dans le *Traité de la phthisie* de M. Louis (depuis l'observation 26 jusqu'à la 49e), l'injection simultanée de la piemère et du cerveau ne se présente que deux fois. Nous n'avons pas cru devoir nous en rapporter exclusivement aux termes de comparaison que M. Louis place en opposition dans son ouvrage sur la gastro-entérite, bien que le résultat final de cette comparaison tende à démontrer la prédominance constante du nombre des altérations cérébrales chez les sujets morts dans le délire et les convulsions ; d'abord, parce que, à en juger par nos propres études, il nous a semblé, en opérant sur un nombre passable de chiffres, que les lésions du cerveau, hors les cas où les fonctions cérébrales son dérangées, sont, en général, assez rares ; ensuite, il n'était pas indifférent pour la science de pouvoir estimer si, dans les cas que l'on place en regard, les lésions cadavériques se compliquaient à peu près de la même manière que dans l'encéphale des individus pris pour terme de comparaison. Or, nous ne pouvons obtenir cette solution qu'en consultant des descriptions ; et nous avons analysé de préférence les faits consignés dans le Traité de la phthisie. Que l'on prétende maintenant pénétrer le rapport intime qui lie, dans les affections typhoïdes, les altérations du cerveau aux troubles existants dans les principales fonctions de l'encéphale, la manière dont la maladie agit pour produire l'exhalation séreuse qui est en excès, la coloration et l'injection du cerveau, de la pie-mère, etc., c'est là une autre question ; mais au moins croyons-nous être parvenu à établir que dans les fièvres typhoïdes les changements survenus vers les masses centrales du système nerveux, changements qui sont beaucoup plus prononcés lorsque les individus succombent dans la première période de la maladie, se rapportent souvent au développement d'une méningo-céphalite, ou tout au moins d'une subméningo-céphalite.

» Les médecins, qui ont observé le typhus des camps et des armées, ont généralement négligé de nous transmettre la description circonstanciée des lésions existant vers le cerveau et les méninges. Cependant il résulte d'observations faites par M. Larrey, que les militaires qu'emporte le typhus présentent fréquemment un engorgement très notable des sinus de la dure-mère, une infiltration de matière plastique dans la pie-mère, un affaissement de la masse cérébrale, et une injection vasculaire des capillaires cérébraux. La substance cérébrale est ordinairement endurcie. Pinel a inséré dans sa *Médecine clinique* quelques exemples de fièvre cérébrale terminée par la mort. Dans un cas, les vaisseaux des méninges et de la substance du cerveau sont injectés, la substance nerveuse est endurcie, les ventricules latéraux contiennent six onces de sérosité (p. 102). Sur un second sujet, l'état du cerveau n'est décrit qu'incomplétement, mais il existe à la partie supérieure de chaque hémisphère une dépression occasionnée par l'accumulation d'une once de sérosité, la pie-mère est infiltrée, chaque ventricule distendu par un liquide séreux qui forme encore dans les fosses occipitales un épanchement de plus de trois onces (p. 106). Des collections énormes de sérosité ont été signalées par les docteurs Coindet et Matthey dans le crâne

et dans les cavités cérébrales des personnes qui succombent à l'hydrocéphale aiguë, nous trouvons fréquemment signalés dans les descriptions du docteur Matthey la coloration et l'injection de la pie-mère, du cerveau, l'endurcissement ou le ramollissement de la pulpe nerveuse. Ces désordres, diversement combinés, existent à un degré remarquable dans les observations 4, 6, 9, 13, 14, etc., de M. Matthey; aussi, plusieurs de ces observations sont considérées par l'auteur comme autant d'exemples de céphalite (Matthey, *Mém. sur l'hydrocéphale*). Il nous serait également facile, si nous n'étions retenu par la crainte de donner trop d'étendue à cet article, de démontrer, en invoquant le secours de l'anatomie pathologique, que, dans le délire aigu, dit fébrile, dans certains délires aigus que l'on prend pour de la folie, l'encéphale est quelquefois le siége d'une subinflammation; mais comme l'on pourrait, d'un autre côté, contester cette manière de voir et nous opposer des preuves puisées également sur des cadavres; nous attendons, pour éclairer cette matière, des recherches spéciales, des faits nombreux, et dont l'autorité puisse fixer définivement l'opinion des pathologistes.

» De tout temps, les pathologistes ont attaché une sorte d'importance à suivre, sinon de l'œil, au moins par la pensée, les phénomènes organiques, l'espèce de décomposition et de composition maladives qui s'effectuent au sein des tissus enflammés; à expliquer la manière dont agit l'inflammation sur les enveloppes, le parenchyme des organes, pour effectuer des exhalations séreuses, purulentes, plastiques, des adhérences, des changements de volume, de couleur, de consistance; pour retenir le sang dans les vaisseaux capillaires, en former des tumeurs fibrineuses, cancéreuses, etc. L'encéphale est-il coloré en rouge, en violet, gorgé de sang, comme à l'étroit dans les membranes qui servent à le protéger et à le soutenir? La pie-mère diaphane et tremblante est-elle distendue par une énorme quantité de sérosité, adhérente aux circonvolutions cérébrales? C'est qu'il a existé vers l'encéphale une violente fluxion sanguine; la masse de cet organe a été tout à coup augmentée; il est survenu, dans la substance grise surtout, une sorte de turgescence, d'éréthisme; la matière colorante du sang s'est combinée avec la pulpe nerveuse, et lui a imprimé des reflets dont il est impossible de calculer la variété; la partie séreuse du même liquide s'est échappée par des cribles vasculaires, et s'est déposée à la périphérie des hémisphères et dans les cavités ventriculaires, tandis que les vaisseaux, distendus outre mesure par l'affluence continuelle des nouveaux liquides, n'ont pu réagir avec une force suffisante pour s'en débarrasser. Enfin, c'est une glu plastique, suintant à leur surface, qui a déterminé leur adhésion avec le tissu qu'ils traversent, en se séparant de la pie-mère; et si toute la masse encéphalique est rénitente, c'est que pendant la période de fluxion la rénitence est habituelle; si cette masse est trop molle, c'est que trop de liquide dans un parenchyme doué naturellement de peu de consistance n'est propre qu'à diminuer l'attraction moléculaire, ou bien à rendre le tissu cellulaire plus fragile, ou bien à fomenter la sécrétion d'un produit naturellement dissolvant, tel que le pus; que si la cohésion du tissu cérébral, son élasticité, sa résistance, présentent une augmentation frappante, c'est que le liquide, qui d'abord avait contribué par sa présence à ramollir la pulpe de l'organe, a acquis une certaine solidité en cédant ses parties aqueuses, etc.; mais nous ne pouvons qu'engager nos lecteurs à juger par eux-mêmes, en méditant les *Lettres sur l'encéphale* de M. Lallemand, du parti qu'un esprit étendu, familiarisé avec les moindres détails des sciences, peut tirer de l'induction, d'une habileté presque incroyable à établir des rapprochements, des comparaisons. Toutefois, tandis qu'en certaines mains l'inflammation, comme une sorte de puissance universelle, d'instrument qui s'applique à tout, sert à expliquer les plus secrètes combinaisons de la chimie organique vivante, préside pour ainsi dire à toutes les modifications que subit le corps de l'homme, quelques savants, entraînés par une application fautive et trop exclusive de la méthode analytique, refusent de voir dans les altérations qui nous servent à caractériser l'inflammation du cerveau la trace d'une encéphalite. Sans doute, la congestion sanguine du cerveau qui s'effectue d'une manière brusque sur les indi-

vidus pléthoriques donne lieu, ainsi que dans l'encéphalite diffuse, à la turgescence de l'encéphale, à l'engorgement de ses capillaires, à l'engorgement des capillaires de la pie-mère, à l'apparition d'une multitude de teintes vives et animées dans la substance grise, à une flaccidité remarquable de toute la masse cérébrale; et, pour peu que l'agonie se prolonge, que le sang oscille au moment où la vie menace de s'éteindre dans les capillaires qui rampent dans la pie-mère, il s'effectue dans cette membrane une sécrétion séreuse assez abondante; d'un autre côté, sur les phthisiques, par exemple, l'on voit assez fréquemment la substance cérébrale tomber, sans que l'inflammation y soit pour rien, dans un état voisin du ramollissement. D'un autre côté, sur des individus qui n'ont jamais présenté des symptômes de céphalite, la substance blanche résiste souvent aux efforts de traction, au tranchant du scalpel, et elle fait entendre, lorsqu'on la divise, une sorte de craquement. Mais toutes ces objections ne seraient douées de quelque valeur qu'autant que l'inflammation, et personne, je pense, n'est tenté de le soutenir, n'aurait pas elle-même le pouvoir de déterminer toutes ces modifications dans le tissu de l'encéphale. Que ces lésions ne soient pas exclusives à l'encéphalite, qu'elles ne puissent servir comme une marque infaillible à constater l'existence de cette maladie, nous ne l'ignorons pas, nous ne le nions pas; mais nous soutenons qu'elles sont plus propres à l'inflammation du cerveau qu'à toute autre affection du même organe. Or, si ces altérations se trouvent coexister, ainsi que cela a lieu habituellement, avec des phénomènes fonctionnels maladifs, empreints d'une violente excitation, n'est-il pas évident que toutes les probabilités parlent en faveur d'une encéphalite diffuse? Si nos calculs ne nous trompent pas, cinq fois sur huit, à peu près, les signes que nous attribuons à l'inflammation du cerveau se trouvent réunis aux altérations anatomiques que nous rapportons à l'encéphalite. Quant à cette nouvelle objection que les symptômes de l'encéphalite s'observent sans que le cerveau conserve de traces apparentes d'inflammation, nous n'avons pas la prétention de la résoudre; notre but est atteint pour l'instant, puisque toute notre ambition consiste à démontrer que la réunion des signes de l'encéphalite offre les probabilités les plus nombreuses en faveur de la rougeur, de l'injection, de la turgescence de la substance nerveuse, et que l'on peut parier hardiment cinq contre trois que ces lésions coexistent avec le délire, les convulsions, l'insomnie, le coma, et tous les autres phénomènes cérébraux que nous avons étudiés au commencement de cet article. » (Calmeil, *Dict. de méd.*, t. XI, p. 502, art. ENCÉPHALE.)

Diagnostic. — M. Rostan trace ainsi qu'il suit le diagnostic de la méningite, après avoir rapporté un exemple où l'existence de la méningite lui semble hors de doute.

« Le 7 juillet est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 4, le nommé Eugène Foussard, âgé de vingt-six ans, tisseur, demeurant à Paris depuis un mois seulement, malade depuis trois semaines environ.

» D'une faible constitution, d'un tempérament un peu lymphatique, cependant habituellement bien portant, ce jeune homme dit que son père est mort d'une fluxion de poitrine; sa mère est morte également, mais il ne sait de quelle maladie. Il a des frères et sœurs qui jouissent d'une bonne santé. Il y a trois ans, il a craché du sang tous les matins en se levant et cela pendant plusieurs mois. Il n'en crache plus maintenant. Il dit avoir toujours été assez sujet aux étourdissements, mais sans jamais avoir éprouvé d'autres phénomènes nerveux et avoir perdu connaissance. Depuis quatre à cinq mois il est sujet, quand il se fatigue, à une douleur qui occupe le bras droit et le gêne, sans cependant l'empêcher de se livrer à son travail.

» Actuellement, il est malade depuis trois semaines. Sa maladie a commencé par une céphalalgie violente; le malade comparait à la pression exercée par un étau la sensation de douleur qu'il éprouvait. En même temps, faiblesse dans les membres et sentiment de courbature. Un peu de toux et d'expectoration depuis quelques jours; intelligence libre, ainsi que les sensations. Pas de bourdonnements, ni de tintements d'oreilles. Il n'a

eu, depuis le commencement de sa maladie, ni nausées, ni vomissements. Ce mal de tête persistant, et le jeune homme, qui du reste n'a suivi aucun traitement, n'éprouvant aucune amélioration dans son état, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

» Le jour de l'entrée, à la visite du soir : visage un peu animé, pouls à 72, régulier. Résonnance et respiration normale. Pas de douleurs dans la poitrine. Battements de cœur précipités et palpitations quand il se fatigue et marche vite ou monte rapidement un escalier; quelques frissons ces jours derniers : aujourd'hui, état sudoral de la peau; langue naturelle. Anorexie, soif médiocre; ventre souple, indolent, même à une forte pression. Vésicatoire à la nuque.

» Le 9, un peu d'appétit; les digestions se font bien; ni diarrhée, ni constipation. Urines et selles normales. Peu de toux. Crachats insignifiants. Persistance de la céphalalgie, qui occupe la totalité de la tête, sans que le malade accuse une douleur plus intense dans un point que dans un autre. Pouls à 68-72. Respiration à 16-20. Bains de pieds; un bouillon.

» Le 13, le jeune homme est complétement rétabli, sauf un peu de persistance encore de la céphalalgie, mais beaucoup moins intense et moins étendue.

» Le 15, la céphalalgie est tout à fait disparue, le malade se sent tout à fait bien et demande à manger. Une portion d'aliments.

» Le 20 du même mois, il demande sa sortie et peut reprendre son travail.

» Quelques mots d'abord sur l'observation précédente, puis nous présenterons quelques considérations sur la céphalalgie idiopathique, c'est-à-dire ne pouvant se rapporter à aucune cause positive, dont était atteint le sujet dont nous venons de raconter l'histoire.

» Le malade, d'une constitution assez forte au premier abord, était évidemment, ainsi qu'il parut à M. Rostan, dans un état d'anémie ou de chloro-anémie dont on peut facilement constater les symptômes et auquel sont sujets un grand nombre des ouvriers de Paris et des grandes villes, autant à cause du travail long et souvent pénible qu'exige leur profession, que de la nourriture insuffisante et du défaut d'exercice et d'aération. C'est à cet état de chloro-anémie que l'on doit probablement rapporter la pâleur habituelle du sujet et quelques phénomènes nerveux qu'il présentait lors de son entrée à l'hôpital, tels que les palpitations, l'oppression, etc.

» Les étourdissements dont il dit avoir été affecté au commencement de son indisposition dépendaient-ils d'une affection cérébrale? Évidemment non. Jamais on n'observa, ni avant son entrée, ni pendant son séjour à l'hôpital, ni engourdissement, ni paralysie, ni contracture des membres. A peine un sentiment de courbature, de faiblesse générale, propre à toutes les affections aiguës, et aussi à un grand nombre d'indispositions éphémères qui se dissipent sans aucun traitement. Nous ferons encore observer que notre malade ne fut jamais sujet à aucune espèce d'accident nerveux sérieux, et principalement depuis le début de sa maladie; n'éprouva pas de perte de connaissance. Une légère douleur dans le bras droit, probablement rhumatismale, le malade nous ayant dit travailler auprès d'une fenêtre, et s'exposer assez souvent à un courant d'air, ne pourrait sans erreur être prise pour un phénomène de phlegmasie encéphalique, et confondue avec les contractions tétaniques et les contractures des membres déterminées par la méningite. D'ailleurs elle n'eût pas, si elle eût dépendu d'une cause phlegmasique, duré aussi longtemps sans s'accroître ou sans diminuer, et elle n'aurait pas constitué un symptôme isolé.

» Puis les phénomènes généraux étaient tout à fait nuls. Le pouls ne dépassa jamais 68-72. L'intelligence était libre, nette, toutes les sensations distinctes. Il n'y avait aucune agitation, aucun symptôme de délire, etc. Quelle était donc la nature de l'affection à laquelle on avait affaire? C'était une simple céphalalgie idiopathique. Et maintenant, quelques mots sur un phénomène si commun, et qui peut quelquefois en imposer pour une affection cérébrale.

» La céphalalgie est un symptôme que l'on observe dans la plupart des maladies aiguës. Cependant, souvent aussi, on a l'occasion de rencontrer des cas où la céphalalgie, comme dans le fait qui nous

occupe, ne peut se rattacher à rien de positif, à aucune lésion, soit dans l'appareil respiratoire ou circulatoire, soit dans l'appareil digestif. On est forcé, pour en trouver l'explication, de se rejeter sur une céphalalgie nerveuse, et quelque difficile que cela paraisse au premier abord, on est cependant obligé de l'admettre.

» Encore qu'il soit pénible de se contenter d'un pareil diagnostic, il ne faut pas néanmoins le rejeter, parce que l'on ne peut l'expliquer. Disons en passant, à ce propos, que lorsque nous ne pouvons en médecine rattacher un symptôme à rien de sensible et de certain, nous sommes en général portés à dire qu'il est nerveux.

» Or, qu'est-ce qu'un symptôme nerveux? Si nous ne pouvons lui trouver aucune cause déterminante appréciable, à ce phénomène, est-ce à dire pour cela qu'il n'en ait aucune? Nullement : nous devons seulement nous contenter de dire qu'une altération matérielle existe bien certainement, mais qu'elle nous échappe dans l'état actuel de nos connaissances.

» Un assez grand nombre d'espèces de céphalalgies ont été indiquées et décrites par les auteurs. Sans vouloir entrer dans les détails circonstanciés de chacune de ces variétés, indiquons les principales en quelques mots.

» La céphalalgie peut dépendre d'une pléthore excessive ou d'un état anémique bien prononcé. Dans le premier cas, une douleur sourde, partielle ou générale, le plus ordinairement frontale, accompagnée souvent d'un état de torpeur et d'engourdissement, se montre d'une manière plus ou moins rapide chez des sujets très sanguins affectés d'une maladie chronique organique du cœur, ou qui ont eu, dans un temps plus ou moins éloigné, des affections cérébrales. L'usage des boissons alcooliques en excès, des préparations opiacées, toutes les circonstances enfin qui favorisent l'afflux du sang vers le cerveau, et la stase de ce fluide dans les vaisseaux peuvent déterminer cette forme de céphalalgie. Pour les symptômes qui l'accompagnent, ce sont tous des phénomènes de congestion ; l'injection de la face, la force, le développement et la vibrance du pouls, les éblouissements, des tintements d'oreilles, etc. L'usage des émissions sanguines, des laxatifs, des dérivatifs puissants aux extrémités inférieures, constituent le meilleur mode de traitement que l'on puisse conseiller. Dans le cas précédent, et qui a donné lieu à ces quelques réflexions, le traitement a été à peu près nul. Il l'a été complétement sous le rapport des émissions sanguines ; le seul moyen un peu énergique que l'on ait mis en usage, a été un vésicatoire à la nuque ; mais l'emploi des révulsifs cutanés dans les affections nerveuses est chose fort commune, et dont on ne doit point s'étonner.

» De plus, aucun phénomène de pléthore ou de congestion ne s'est fait remarquer ; et même, la constitution du sujet, bien que de force moyenne, ne comportait pas l'existence d'une céphalalgie de cette nature, le malade étant, nous l'avons dit, un peu anémié par un travail excessif et par une alimentation probablement insuffisante et mal appropriée, comme celle de la plupart des ouvriers des grandes villes.

» Nous venons de dire que s'il existe une céphalalgie déterminée par une pléthore excessive, une autre variété du même symptôme considéré isolément et comme constituant une maladie particulière, pourrait dépendre d'un état anémique excessivement avancé. L'état dans lequel était notre sujet n'était pas de nature à expliquer seul la violence, la persistance de la céphalalgie qui fut observée dans ce cas. Peut-être devrait-on le considérer comme une prédisposition ; mais il est à coup sûr impossible de la rapporter à lui seul. D'ailleurs, il est rare que la céphalalgie anémique, si nous pouvons nous exprimer ainsi, survienne autrement qu'après des hémorrhagies abondantes. C'est, du reste, dans ce cas, une sorte de céphalalgie nerveuse, et qui démontre chaque jour la vérité de ces deux sentences bien anciennes et bien vraies : *Sanguis frenat nervos... Sanguis nervorum moderator...* Cette céphalalgie par anémie n'est jamais simple. Elle s'accompagne toujours de vertiges, d'étourdissements, d'éblouissements, de tintements d'oreilles, d'un trouble plus ou moins prononcé dans les fonctions intellectuelles et sensoriales, tous phénomènes que l'on n'a point constatés chez notre sujet. C'est par une

alimentation substantielle et tonique; et par un traitement convenablement dirigé selon les mêmes principes, que l'on parvient à dissiper ces symptômes céphalalgiques.

» Nous passerons sous silence, en nous contentant de les rappeler pour mémoire, les formes de céphalalgie dépendant d'une phlegmasie aiguë, quelle qu'elle soit, cas dans lequel, outre les renseignements tirés de l'examen de l'organe malade, on a pour se guider encore la réaction fébrile, tout à fait nulle chez notre sujet; nous ne parlerons pas davantage de celles qui sont symptomatiques d'une dégénérescence du cerveau ou de ses enveloppes, ou d'une altération de la boîte osseuse, et nous arriverons immédiatement à l'examen rapide de la céphalalgie dite nerveuse essentielle, et de la céphalalgie névralgique.

» La céphalalgie névralgique se développe le plus souvent sous l'influence d'affections morales vives, de travaux longs et fatigants, de veilles prolongées, du froid, et cette dernière cause pourrait la faire rapprocher de cette forme que l'on a nommée céphalalgie rhumatismale. Dans la céphalalgie névralgique, on remarque habituellement, comme principal symptôme, une douleur vive s'irradiant jusqu'aux dernières ramifications d'un nerf, survenant soit avec une rapidité extrême et d'une manière instantanée, soit périodiquement ou par paroxysmes survenant à intervalles plus ou moins réguliers. L'absence de tout symptôme névralgique chez le malade qui fait le sujet de notre observation, nous prouve que telle n'est point encore la céphalalgie dont nous cherchons à déterminer la nature.

» Nous arrivons donc, et par voie d'exclusion, à la céphalalgie nerveuse simple, idiopathique, ne reconnaissant aucune cause matérielle appréciable, consistant principalement en une douleur vive, intolérable, particulièrement fixée à la région frontale au-dessus des sourcils, et caractérisée par un sentiment de resserrement, de constriction fort pénible, et continu. D'ailleurs, aucun trouble dans aucun autre organe ne dénote un état de malaise ou de souffrance autre que celui que nous venons de signaler. Le repos, quelques légers révulsifs cutanés dans les cas où la douleur se prolonge, suffisent toujours pour dissiper cet état, qui ne présente jamais aucun danger.

» C'est à un état céphalalgique de cette dernière nature que nous avons eu affaire dans le cas que nous avons raconté plus haut, comme l'ont démontré et l'ensemble des phénomènes résultant de l'action des autres organes de l'économie, et le traitement peu complexe sous l'influence duquel cette douleur s'est dissipée. L'importance qui résulte pour le pronostic et le traitement, du diagnostic précis de la céphalalgie et de sa distinction des autres affections cérébrales, a seule pu nous déterminer à faire suivre de réflexions aussi longues un cas qui paraissait au premier coup d'œil de la plus grande simplicité et du plus médiocre intérêt. C'est pour le même motif que nous avons cru devoir le mettre en regard d'un cas de méningo-encéphalite dans lequel on a observé le symptôme *céphalalgie*, comme phénomène prédominant. » (Rostan, *Leçons cliniques*, *Gazette des hôpitaux*, 23 janvier 1844.)

M. Guersant trace d'une manière un peu différente, mais plus complète, le diagnostic de la méningite.

« Les caractères de la méningite simple, aiguë, ne sont pas toujours tout d'abord parfaitement distincts de ceux de la méningite tuberculeuse, et il faut apporter une extrême attention pour ne pas les confondre. Cependant les signes commémoratifs peuvent, dès le début, mettre sur la voie du diagnostic. Il est rare, en effet, quand on interroge avec soin les individus affectés de méningite tuberculeuse ou ceux qui les entourent, qu'on n'obtienne pas des indications sur quelques traces d'affections strumeuses acquises ou héréditaires, ou que les malades ne révèlent pas quelques symptômes cérébraux antécédents plus ou moins passagers.

» Dans la méningite simple régulière, au contraire, jamais d'antécédents morbides; la maladie débute constamment d'une manière prompte et instantanée. L'une de ces maladies est donc presque toujours secondaire, l'autre primitive.

» Indépendamment de cette différence, dès le début de la maladie, la marche

n'est point la même dans les trois divisions ou périodes que présente la méningite simple, comme dans la méningite tuberculeuse. Dans la première période de la méningite simple, les symptômes se dessinent, d'une manière plus franche et moins insidieuse que dans la méningite tuberculeuse ; elles débutent, l'une et l'autre, par de la céphalalgie, des vomissements et de la constipation ; mais la céphalalgie, dans la méningite simple, est continue avec moins d'intensité, et s'exaspère sous forme d'élancements qui arrachent des cris aux malades comme dans la méningite tuberculeuse. Les vomissements, quand ils ont lieu, et ils manquent rarement dans la méningite simple, ne sont pas aussi éloignés les uns des autres que dans l'autre espèce de méningite : ils sont, au contraire, rapprochés comme dans les fièvres éruptives. La coloration de la face et la chaleur de la tête ne sont pas sujettes aux variations brusques qu'on observe dans l'inflammation avec granulations des méninges.

» Dans la seconde période on observe souvent un ralentissement assez marqué dans la circulation ; mais cependant jamais la même irrégularité du pouls et la même inégalité dans la respiration. La somnolence est aussi moins marquée. Les divers phénomènes nerveux que nous avons indiqués dans la seconde période de la méningite tuberculeuse, tels que la contracture ou la rigidité des membres pectoraux, la paralysie incomplète du sentiment et du mouvement, manquent ordinairement, et sont remplacés par du délire seulement et de la fièvre. C'est surtout dans la troisième période que la différence est plus marquée ; on ne retrouve ni cette dilatation permanente des pupilles, et cette cornée vitrée avec injection de la conjonctive, ces mouvements nerveux presque cataleptiques, ni ces hémiplégies partielles, ni tous ces désordres de la sensibilité qui apparaissent alternativement tantôt d'un côté, et tantôt d'un autre, qu'on rencontre presque constamment dans la méningite hydrocéphalique. La somnolence, les soubresauts, les mouvements convulsifs, la carphologie, sont les principaux symptômes qui prédominent dans la troisième période de la méningite simple.

» On voit, d'après ce rapprochement des symptômes des deux espèces de méningites, que, à part les antécédents qui sont très différents avant le développement de la période aiguë, ces espèces voisines de maladies ne se distinguent réellement pas l'une de l'autre par des caractères véritablement positifs, mais plutôt par des caractères négatifs, qui établissent néanmoins, par leur rapprochement et leur comparaison des différences assez marquées dans l'ensemble des deux tableaux pour qu'il soit possible de les distinguer le plus ordinairement. Il faut convenir, cependant, que le diagnostic différentiel entre les deux espèces de méningite est quelquefois presque impossible, surtout quand les deux maladies débutent instantanément, sans aucune espèce d'antécédent.

» La distinction des méningites d'avec les fièvres typhoïdes est aussi, dans certains cas, très peu tranchée. Les prodromes de la méningite tuberculeuse sont, sans doute, différents de ceux de la méningite simple et de la fièvre typhoïde ; mais quand il ne se rencontre aucun symptôme précurseur, ces trois maladies ont beaucoup d'analogie entre elles pendant toute la durée de leur première période. A part quelques cas exceptionnels de fièvre typhoïde et de méningite, qui, chez les enfants, débutent d'une manière semblable par des symptômes nerveux ou convulsifs, dépendant d'une congestion cérébrale, on peut, le plus ordinairement, distinguer les méningites des fièvres typhoïdes aux caractères suivants, que nous présenterons en regard, sous la forme synoptique, pour rendre les différences plus sensibles.

Méningite.	*Fièvres typhoïdes.*
» Chaleur de la peau presque naturelle, excepté à la tête.	» Peau sèche et brûlante.
» Point d'éruption cutanée, excepté dans la méningite épidémique.	» Éruptions pétéchiales après le cinquième jour.

» Céphalalgie avec élancements, coloration instantanée de la face, et expression de douleur.	» Céphalalgie continue sans coloration instantanée de la face, face exprimant l'abattement et la stupeur.
» Soif nulle, langue humide.	» Soif plus ou moins vive, langue poisseuse ou sèche.
» Vomissements presque constants, éloignés et prolongés pendant plusieurs jours de suite.	» Vomissements rares, un ou deux au début au plus, ou après plusieurs jours de maladie.
» Douleurs abdominales à la pression presque toujours nulles.	» Douleurs abdominales à la pression presque constantes, vers la région iléo-cœcale.
» Constipation opiniâtre et prolongée, point de gargouillement.	» Constipation alternant avec la diarrhée, gargouillement intestinal.
» Pouls souvent lent, irrégulier, inégal, intermittent.	» Pouls constamment régulier et plus ou moins fréquent.
» Respiration inégale, irrégulière, suspirieuse.	» Respiration régulière plus ou moins fréquente.
» Rigidité, contraction des membres pectoraux, alternant avec leur résolution dans la deuxième période.	» Résolution complète de tous les membres, à toutes les périodes de la maladie.

» A mesure qu'on avance dans le cours de ces deux genres de maladies et qu'on compare les symptômes entre eux, on trouve que les différences sont encore plus grandes, et, dans la dernière période, elles sont tellement prononcées que l'erreur n'est plus possible. » (Guersant, *Dict. de méd.* en 30 vol. t. XIX. p. 415, art. MÉNINGITE.)

Avant de terminer ce qui est relatif au diagnostic de la méningite, nous devons insister encore sur un symptôme auquel certains auteurs ont accordé une telle importance, qu'à les en croire, il suffirait seul, dans beaucoup de cas, pour caractériser la maladie; il s'agit de la céphalalgie. M. Andral a fait une étude spéciale de ce symptôme et est arrivé aux résultats suivants:

« Sur vingt-huit cas d'affections des méninges cérébrales que nous avons rapportés, nous en trouvons seize dans lesquels la céphalalgie a existé, et douze dans lesquels ce symptôme n'a point été observé. Mais parmi ces douze derniers cas, il en est un, celui relatif à l'observation V, dans lequel le malade a été à peine observé; et un autre, celui de l'observation XII, dans lequel le délire, ayant existé dès le début, la douleur de tête n'a pu être accusée par le malade.

» Dans les seize cas où a existé la douleur, les altérations constatées par l'ouverture des corps ont été les suivantes:

» Dans deux de ces cas (obs. I, II), les malades ont présenté après leur mort des tumeurs développées primitivement dans la dure-mère, et qui avaient comprimé la substance nerveuse en contact avec elles.

» Dans deux autres cas (obs. III, IV), un épanchement de sang existait dans la grande cavité de l'arachnoïde.

» Chez deux sujets (obs. XX, XXIII), on ne rencontra d'autre altération qu'un épanchement considérable de sérosité limpide dans les ventricules cérébraux.

» Trois autres sujets (obs. VI, VII, IX) ne nous offrent autre chose qu'une rougeur vive des méninges.

» Une autre (obs. VIII) nous présenta des concrétions pseudo-membraneuses déposées à l'intérieur de la grande cavité arachnoïdienne.

» Sur cinq cadavres (obs. XI, XVII, XXIV, XXVI, XXVIII), nous rencontrâmes la pie-mère, soit de la convexité, soit de la base, infiltrée de pus. Sur un de ces cinq sujets (obs. XXVI) existaient, en outre, des adhérences celluleuses qui unissaient intimement l'un à l'autre les deux feuillets de l'arachnoïde déployée sur la convexité des hémisphères cérébraux. Ce sujet avait été toute sa vie tourmenté par des maux de tête.

» Enfin, dans un seul cas (obs. XVIII),

nous avons trouvé les ventricules remplis par un liquide purulent.

» De ces faits nous sommes autorisé à conclure que la douleur qui accompagne les maladies des méninges, peut exister avec des maladies de ces membranes, fort différentes les unes des autres et par leur nature et par leur siége.

» Recherchons maintenant quelles sont les lésions que nous avons trouvées dans les méninges chez les douze individus qui ne nous ont point présenté de céphalalgie (nous ne pouvons pas tenir compte ici des obs. V et XII), chez deux de ces individus (obs. X, XVI), du pus infiltrait la pie-mère, soit la portion de cette membrane étendue sur la convexité des hémisphères cérébraux (obs. X), soit celle qui tapisse la base du cerveau (obs. XVI).

» Un liquide séro-purulent remplissait lès ventricules chez le sujet de l'obs. XIX.

» Une simple sérosité, soit épanchée dans les mailles de la pie-mère, soit contenue dans le kyste, fut trouvée sur la convexité du cerveau, chez les sujets des obs. XIII, XIV, XV.

» Cette sérosité distendait particulièrement les ventricules latéraux, dans les cas que signalent les obs. XXI et XXII.

» Elle se montrait à la fois dans la pie-mère, déployée sur les circonvolutions, et dans l'intérieur des ventricules, chez les sujets de l'obs. XXVII.

» Enfin, l'individu dont il est question dans l'obs. XXV, nous présente un épaississement notable des méninges, tant à la convexité qu'à la base.

» Il suit de ces faits que les maladies des méninges, pendant la durée desquelles nous n'avons observé aucune céphalalgie, ne différaient ni par leur nature ni par leur siége de celles qui nous ont offert la douleur de tête comme un de leurs symptômes.

» Le tableau suivant fera ressortir la fréquence plus ou moins grande de la douleur de tête dans ces cas divers.

Nature des altérations.	Céphalalgie.	Absence de céphal.
» Productions accidentelles développées dans la dure-mère .	2 fois.	» fois.
» Epanchement de sang dans la grande cavité de l'arachnoïde.	2	»
» Rougeur des méninges.	3	»
» Pseudo-membrane dans la cavité de l'arachnoïde	4	»
» Infiltration purulente de la pie-mère.	5	2
» Pus épanché dans les ventricules latéraux	1	1
» Epanchement séreux dans la pie-mère extérieure et dans les ventricules.	2	6
» Épanchement chronique des méninges	»	1

» De ces observations, rapprochons celles consignées dans les auteurs qui ont écrit sur la méningite des adultes.

» Sur soixante-deux cas d'inflammation aiguë des méninges, exempte de toute complication, que nous avons trouvés dans l'ouvrage de MM. Parent du Châtelet et Martinet sur l'arachnitis, il y en a cinquante dans lesquels on trouve mentionnée la céphalalgie comme un des symptômes prédominants de la maladie. Parmi les douze observations restantes, où il n'est pas question de ce phénomène, il en est un certain nombre dans lesquels manquent plus ou moins complétement les signes commémoratifs.

» Parmi les cinquante observations, où la céphalalgie a été notée, les unes sont relatives à des cas de méningite de la convexité, et les autres à des cas de méningite de la base ou des ventricules.

» Dance a publié dix-neuf cas d'affections aiguës des méninges caractérisées anatomiquement, tantôt par un simple épanchement séreux dans les ventricules, tantôt par une vive injection des membranes, tantôt par des épanchements de pus, soit dans les mailles de la pie-mère, soit dans les ventricules. Sur ces dix-neuf cas, trois présentent des complications qui nous empêchent d'en tenir compte sous le rapport qui nous occupe; et, dans deux autres, les renseignements sur les antécédents manquent complétement. Il ne reste donc que quatorze cas dont nous puissions ici tirer parti. Or, sur ces quatorze cas,

on en trouve douze où la céphalalgie a existé, et deux seulement où ce symptôme a manqué.

» Dans les nombreuses observations publiées par M. le docteur Charpentier de Valenciennes (*De la nature et du traitement de l'hydrocéphale aiguë*, Paris, 1837, in-8), la céphalalgie a été notée comme un des phénomènes plus ou moins prédominants de la maladie.

» Il suit des faits dont nous venons d'offrir le résumé, que dans la grande majorité des cas, la céphalalgie est un symptôme des maladies aiguës ou chroniques des méninges, et qu'elle peut accompagner les lésions les plus variées de ces membranes, soit une injection plus ou moins vive de leur tissu, soit la formation de concrétions membraniformes à la surface libre de l'arachnoïde, soit une infiltration purulente de la pie-mère, soit un épanchement de pus à l'intérieur des ventricules, soit une accumulation considérable de sérosité au sein de ces mêmes ventricules.

» Mais cette céphalalgie peut-elle servir à distinguer, par son existence, une inflammation des méninges, et ne la retrouve-t-on pas dans d'autres maladies, qui, bien qu'ayant leur point de départ hors du cerveau, peuvent cependant donner lieu à plusieurs des symptômes qui caractérisent la méningite aiguë? Dans ce cas surtout se trouvent les inflammations aiguës du tube digestif. Ici encore résumons les faits observés.

» Sur les quarante-cinq sujets affectés d'inflammation du tube digestif, soit folliculeuse, soit simplement érythémateuse, dont l'autopsie se trouve consignée dans un des précédents volumes de notre *Clinique*, vingt et un nous ont offert avant de succomber, une céphalalgie plus ou moins vive : chez les vingt-quatre autres, ce symptôme n'a pas été noté; mais parmi ces derniers, il y en a sept sur lesquels nous n'avons pas pu nous procurer assez de renseignements, pour que nous puissions affirmer que cette céphalalgie, que nous n'avons pas notée, n'a pas réellement existé.

» Parmi les trente-cinq sujets dont l'ouverture des corps a été consignée dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres sur la fièvre entéro-mésentérique, nous avons trouvé que la céphalalgie avait existé chez vingt et un, et qu'elle n'avait point été notée chez quatorze, parmi lesquels il y en a quatre sans renseignements sur les antécédents.

» Sur trente-six cas relatifs à la même maladie, consignés dans l'ouvrage de M. le professeur Bouillaud (*Traité clinique et expérimental des fièvres*, Paris, 1826, in-8), la céphalalgie a existé vingt-huit fois, et n'a pas été notée dix fois.

» Sur cinquante-huit cas relatés par M. Louis dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, la céphalalgie a existé quatre fois, et elle n'a pas été notée quatorze fois; dans cette seconde série, on trouve en outre trois cas où il y a absence de renseignements suffisants.

» Sur douze cas de dothinentérie publiés par M. Trousseau, la céphalalgie a existé neuf fois, et n'a pas été notée trois fois.

» Sur trente-sept cas de fièvres graves, avec ouverture de corps relatés par M. Dance (la seule lésion que l'on rencontre étant toujours dans le tube digestif), nous avons trouvé que la céphalalgie avait été mentionnée vingt-quatre fois, et qu'elle n'avait pas été notée treize fois, et encore parmi ces treize derniers cas, il y en a sept dans lesquels manquent de suffisants renseignements sur les antécédents.

» Il suit, de ces différents faits, que la céphalalgie est un symptôme qui se rencontre dans d'autres cas que dans ceux où les centres nerveux sont primitivement et idiopathiquement affectés; par conséquent elle ne saurait être donnée d'une manière générale comme la preuve de l'affection des méninges. Se montrant au début d'un grand nombre de maladies fébriles, elle annonce sans doute un trouble de l'innervation; mais elle ne dénote pas plus une véritable méningite que ne l'indiquent les douleurs des membres, si communes aussi en pareil cas. N'est-ce pas encore à ces douleurs toutes nerveuses et qui ne se lient à aucun état inflammatoire des organes dans le voisinage desquels elles surviennent, qu'on pourrait attribuer un grand nombre d'épigastralgies, si fréquentes également au début des maladies fébriles, et que trop légèrement, selon nous, on est porté à attribuer toujours à une gastrite?

» Toutefois, bien qu'appartenant à une

foule d'affections différentes, la céphalalgie peut présenter, dans les cas de méningites, certains caractères distinctifs qui révèlent sa liaison avec une phlegmasie des membranes du cerveau. C'est ce que nous allons examiner en étudiant tour à tour cette céphalalgie sous le rapport de son siége, de sa nature, de son intensité, de sa durée, de l'époque de son apparition et de ses connexions avec les autres symptômes.

» Nous avons déjà vu que la céphalalgie se montre à peu près avec une égale fréquence, quel que soit le siége de la méningite. Nous allons rechercher maintenant si le siége de cette céphalalgie varie avec celui de l'affection, et s'il est possible de déterminer exactement le point où les méninges sont malades, d'après le point même où la douleur de tête se fait sentir.

» En reprenant, sous ce rapport, nos seize observations où il y a eu mal de tête, nous trouvons que, dans cinq d'entre elles, le siége de la céphalalgie n'a point été indiqué, ou qu'elle est signalée comme ayant été vaguement répandue dans toute la tête. Dans les onze autres cas, elle était bornée à une partie du crâne, et s'y trouvait souvent circonscrite d'une manière très exacte.

» Sur ces onze cas de céphalalgie ainsi circonscrite, il y en a six dans lesquels le siége de la lésion des méninges est indiqué avec beaucoup de précision par le siége même de la douleur. On peut s'en assurer en parcourant, sous ce rapport, les observations, I, II, IV, VIII, IX, XXVIII. Ainsi, chez le sujet de l'observation I, la partie antérieure du pariétal gauche était le siége de la douleur, et les méninges étaient lésées seulement vers la partie antérieure de l'hémisphère gauche. Dans l'observation II, la douleur est perçue vers la portion gauche de l'encéphale, et dans ce cas le lobe gauche du cervelet est comprimé par une tumeur de la dure-mère.

» Dans l'observation IV, la tempe gauche est douloureuse, et la portion de l'arachnoïde déployée sur la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau est spécialement lésée. Il en est encore de même dans les observations VIII et IX ; ici encore l'une ou l'autre tempe est le siége spécial de la céphalalgie, et la lésion existe dans les portions correspondantes des méninges.

» Enfin, dans l'observation XXVIII, la douleur qui se fait sentir depuis l'occipital jusqu'à la colonne lombaire correspond à la méningite, qui, dans ce cas, existe autour du prolongement rachidien.

» Dans les cinq autres cas, où comme dans ceux que nous venons de passer en revue, la céphalalgie est encore circonscrite, nous ne trouvons plus de rapport entre le siége de la douleur et celui de la lésion. Ainsi chez le sujet de l'observation IV, la méningite est bornée à la portion de membrane étendue sur l'hémisphère gauche du cerveau, et c'est au front que se montre d'abord la douleur. La céphalalgie est bornée au côté gauche du crâne dans l'observation XXVI, et dans ce cas les méninges sont enflammées en totalité. L'inflammation n'occupe que les méninges de la base chez le sujet de l'observation XVII; et chez lui les deux tempes sont le siége principal de la douleur. Enfin la maladie réside seulement dans les ventricules chez les individus dont il est question dans les observations XXVIII et XVIII, et chez tous deux on n'a observé qu'une simple céphalalgie frontale.

» Quant aux cinq cas dans lesquels nous n'avons plus trouvé la céphalalgie circonscrite, il n'y en a, sur ces cinq, qu'un seul dans lequel les méninges soient lésées en un point circonscrit. Ce cas est celui relaté dans observation VII, où la méningite était bornée à l'extrémité antérieure de chaque hémisphère cérébral. Dans les quatre autres cas, l'affection des méninges était beaucoup plus générale; elle existait sur toute la convexité des hémisphères, dans les observations III et XI; la séreuse des ventricules était spécialement frappée dans l'observation XX; et enfin la totalité des méninges était atteinte dans l'observation XXIV.

» De ces faits, si nous pouvons conclure que, dans un certain nombre de cas, le siége de la lésion de la méningite soit indiqué par celui de la céphalalgie, il n'en est pas cependant toujours ainsi. Nous venons de voir, en effet, des cas dans lesquels la méningite est, ou beaucoup plus étendue, ou beaucoup plus limitée que ne

semblerait l'annoncer le siége même de la douleur de tête. Souvent aussi c'est loin du siége où les méninges sont malades que se manifeste la douleur. Ainsi nous avons vu une simple céphalalgie frontale coïncider, tantôt avec une méningite de la base, tantôt avec une méningite ventriculaire.

» Les observations dont nous avons fait le relevé dans les auteurs, confirment pleinement les assertions que nous venons d'admettre. Ainsi, sur soixante-dix-huit observations consignées dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, dont on peut tirer parti sous le point de vue qui nous occupe, on en trouve treize dans lesquelles la céphalalgie est circonscrite, comme dans les onze que nous avons rapportées, cette proportion est seulement beaucoup plus faible que la nôtre; pour l'établir définitivement, attendons un nombre plus grand d'observations. Sur ces treize cas, il y en a quatre dans lesquels, avec une méningite générale, la céphalalgie est bornée au front ou au sinciput: il y en a sept dans lesquels, la méningite occupant la convexité des deux hémisphères, la douleur est bornée, soit au front (dans trois cas), soit au front et à l'une des tempes (dans un cas), soit au front et à l'occiput (dans deux cas), soit au sinciput (dans un cas). Sur ces treize cas, il n'y en a que deux dans lesquels le siége de la douleur correspond à celui de la lésion. L'un de ces cas est relatif à un individu qui avait une douleur à la partie antérieure et latérale gauche de la tête, et chez lequel on trouva une infiltration séro-purulente de la portion de pie-mère étendue sur la partie antérieure et latérale de l'hémisphère gauche. L'autre cas est semblable au précédent, si ce n'est que la douleur, ainsi que la lésion, avaient eu lieu à droite. Ces deux faits importants appartiennent à M. le docteur Biett, qui les a consignés dans sa Dissertation inaugurale.

» Du reste, à quoi, sous ce rapport, nous ont conduit nos relevés?

» Dans nos observations particulières, on a pu voir que la céphalalgie avait été plus souvent remarquable par sa grande intensité; relisez surtout, sous ce rapport, les observations VI, VIII, IX, XVII, XXIII, XX, XXVI, XXVIII.

» Sur soixante-dix-huit cas relatifs à des méningites observées chez l'adulte, dont il est question dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, on trouve que la céphalalgie est notée vive, violente, atroce (ce sont les expressions dont ils se servent) dans vingt-six cas, faible dans deux cas; dans les autres cas, son degré d'intensité n'est point indiqué.

» Dans les douze cas de méningite aiguë avec céphalalgie publiés par Dance, il est dit (ce sont encore les expressions de l'auteur) que cette céphalalgie était violente, intolérable. Dans trois de ces douze cas, les malades poussaient des cris, tant était aiguë la douleur qu'ils ressentaient.

» Dans les quarante-cinq cas de fièvres graves avec céphalalgie consignés dans notre *Clinique*, il n'y en a que cinq dans lesquels le mal de tête ait eu une intensité qui s'approchât de celle dont il vient d'être question (obs. XV, XX, XXVI, XXXIV, XXXV.)

» M. Louis n'a noté que quatre fois la céphalalgie comme ayant une intensité remarquable dans les cinquante-quatre cas de fièvres typhoïdes consignés dans son ouvrage, où il est question du mal de tête.

» Parmi les observations rapportées par M. Bouillaud (*Traité clinique des fièvres*), il n'y en a qu'une seule où le mal de tête ait été notable par sa violence.

» Dans les observations publiées par Dance sur l'hydrocéphale aiguë des adultes, on ne trouve pas non plus de rapport constant entre le siège de la douleur et celui de la lésion. Dans plusieurs observations, les seules altérations appréciables se trouvent à l'extérieur des ventricules, ou à la base du crâne, et la céphalalgie réside soit au front, soit vers le sinciput.

» Que si nous recherchons maintenant quel est le siège de la céphalalgie dans les fièvres graves, nous trouvons que, dans la très grande majorité des cas, la douleur est surtout frontale et sous-orbitaire; que dans quelques uns elle est plus particulièrement ressentie soit aux tempes, soit au sinciput, soit à l'occipital, et que, dans quelques autres cas enfin, les malades ne peuvent en préciser le siège.

» Il y a donc quelques traits de ressemblance, sous le rapport du siège, entre la céphalalgie, qui est le symptôme d'une méningite, et celle qui existe dans les fiè-

vres continues. Toutefois, l'on ne voit pas dans ce second cas, comme dans le premier, la céphalalgie se circonscrire d'une manière aussi exacte en certains points de la tête.

» L'intensité de la céphalalgie nous paraît mériter une grande attention, lorsqu'il s'agit de transformer ce symptôme en signe. La douleur de tête qui accompagne les fièvres graves n'est le plus souvent connue du médecin que lorsqu'il interroge sur ce point le malade soumis à son investigation; celui-ci n'y porte guère qu'une attention secondaire. Dans beaucoup de cas de méningites, au contraire, c'est le malade qui, le premier, se plaint de la douleur dont sa tête est le siège, et jusqu'à ce qu'il soit tombé dans le délire ou dans le coma, cette douleur est pour lui un des phénomènes prédominants de son affection; souvent elle lui arrache des cris. Dance n'a indiqué cette grande intensité du mal de tête dans aucune de ses observations sur les fièvres.

» M. Trousseau, dans ses douze observations sur la dothinentérie, n'a fait mention que d'un seul cas dans lequel la céphalalgie ait été très violente (obs. XII).

» Du reste, il ne nous a pas paru que les divers degrés d'intensité de la céphalalgie dépendissent, soit de la nature des lésions des méninges, soit de leur siège. Nous l'avons trouvée aussi vive dans les cas où il n'y avait qu'une simple injection de la pie-mère (obs. VI, IX) que dans ceux où du pus infiltrait la pie-mère (obs. XXII, XXVI, XXVII), et où une pseudo-membrane recouvrait l'arachnoïde (obs. VIII).

» Cette céphalalgie était également élevée au plus haut degré de violence dans deux cas rapportés par Dance, où toute la lésion qu'on put découvrir à l'intérieur du crâne consistait dans un simple épanchement de sérosité dans les ventricules, avec aplatissement et une sorte de tassement des circonvolutions cérébrales.

» Quant au siège des lésions, nous trouvons que, parmi les cas où la céphalalgie était la plus forte, les uns étaient relatifs à des méningites de la convexité des hémisphères, d'autres à des méningites de la base de ces mêmes hémisphères; d'autres à l'inflammation de la totalité des membranes qui entourent les centres nerveux d'autres, enfin, à des épanchements de pus ou de sérum dans les ventricules.

» Entre ces cas, enfin, et ceux où la céphalalgie était soit beaucoup plus faible, soit nulle, nous ne trouvons, sous le rapport des lésions, aucune différence; et toujours, pour expliquer tant de variétés, nous sommes obligés d'admettre des dispositions individuelles qui, à propos d'une lésion identique en apparence, vont produire, suivant les sujets, les accidents les plus divers. » (Andral, *loc. cit.*, t. V, p. 156.)

Marche, durée. — La durée la plus ordinaire de la méningite, dans l'âge adulte, est de sept à dix-huit jours; la mort peut cependant arriver au troisième ou au quatrième : peu de malades dépassent le vingt-cinquième; on n'a vu que très rarement la maladie se prolonger au-delà du trentième.

Le tableau suivant, de MM. Parent et Martinet, confirme les assertions que nous venons d'émettre :

ARACHNITIS SUPPURÉES.				ARACHNITIS non SUPPURÉES.		TOTAUX.	
11 jours	1/2 septén.	13	44	4	22	17	66
	1 septén.	18		8		26	
	1 sept. 1/2	13		10		23	
18 jours	2 septén.	10	23	4	10	14	33
	2 sept. 1/2	13		6		19	
32 jours	3 septén.	6	11	4	6	10	17
	3 sept. 1/2	2		2		4	
	4 sept. 1/2	3		»		3	
			78		38		116

Il est inutile de dire, sans doute, qu'il ne s'agit ici que de la méningite aiguë. L'âge imprime une légère modification à la durée de la maladie, ainsi que l'on s'en assurera en comparant le tableau précédent à ce que nous avons dit de la durée de la maladie chez les enfants.

La marche se trouve assez bien indiquée par les périodes qui ont été décrites en parlant des symptômes, pour qu'il soit utile d'y revenir.

Quant à la marche et à la durée de la méningite chronique, elle est beaucoup moins facile à déterminer, parce que l'on

s'accorde moins sur ce qu'il faut entendre par ces mots.

M. Guersant, par exemple, d'après Bayle, décrit les deux formes suivantes de méningite chronique :

1° Méningite chronique avec aliénation mentale ;

2° Méningite chronique simple, ou sans aliénation mentale.

« 1° La méningite chronique avec aliénation mentale, dit M. Guersant, est précédée de prodromes qui la présentent sous trois formes principales. Tantôt les fonctions cérébrales sont très exaltées, les malades se livrent assidument, et avec un enthousiasme extraordinaire à une étude ou à un travail quelconque, ou ils deviennent altiers, orgueilleux, colères ; tantôt, au contraire, ils sont lourds, apathiques, ils perdent par degrés leurs facultés intellectuelles et physiques, ils se plaignent d'avoir la tête pesante, embarrassée, éprouvent des étourdissements, des assoupissements continuels, et ne peuvent presque plus remplir leurs fonctions habituelles; d'autres malades, enfin, perdent leur gaieté, deviennent mornes, sombres, tristes, rêveurs, tombent dans un état d'hypochondrie, sont tourmentés de craintes sur leur santé, et quelquefois même occupés d'idées fixes, et agités d'un délire monomaniaque. Le phénomène précurseur le plus constant de la méningite chronique. quelle que soit la forme des prodromes, est, suivant M. Bayle, l'embarras de la langue, et l'hésitation de la prononciation de quelques mots, qui se manifestent par une sorte de bégaiement. Quand il n'y a pas de prodromes, la maladie débute tout à coup, à la suite d'un accès de congestion cérébrale.

» La méningite chronique avec aliénation mentale offre dans sa marche trois périodes principales, que M. Bayle a désignées d'après la forme que présente l'aliénation mentale, sous celles de monomanie, de manie, et de démence. Que la méningite soit précédée de prodromes ou qu'elle débute brusquement, on rencontre dans la période de monomanie une exaltation d'ambition, d'orgueil, de vanité, d'amour des richesses, de projets gigantesques, que les malades exposent avec une loquacité remarquable, et qui s'accompagne quelquefois d'une agitation furieuse, si on les contrarie. Leur face est, en général, colorée, épanouie ; ils sont, pour la plupart, très contents d'eux-mêmes et fort gais ; ils parlent d'ailleurs fort juste sur tous les sujets qui sont étrangers à leur délire, mais ils ont beaucoup d'absences, et beaucoup d'événements importants de leur vie sont échappés de leur mémoire. Ces désordres dans les facultés intellectuelles coïncident toujours avec un trouble dans les fonctions physiques qui n'est pas moins remarquable. Indépendamment de l'embarras de la langue, dont nous avons déjà parlé, et qui se remarque dès les prodromes, les malades, à la suite de plusieurs accès d'exaltation, tombent souvent dans une sorte de prostration et de paralysie complète des membres. Leur marche est vacillante ; ils font des faux pas, se dévient de leur route ; les mouvements musculaires des membres sont raides, ou incertains et difficiles.

» Le passage de la première à la seconde période se fait le plus souvent d'une manière insensible, d'autre fois brusquement, par un accès de congestion cérébrale. Ce qui caractérise surtout cette seconde période, c'est du côté des fonctions intellectuelles, la monomanie plus ou moins permanente des idées ambitieuses, et un délire constant qui a toujours pour objet de grands biens, des travaux importants, des honneurs et des dignités. L'agitation est telle, que la plupart des malades, la face animée, vultueuse, sont dans un mouvement perpétuel, marchent souvent gesticulant ou parlent avec volubilité, et après des accès d'agitation extraordinaires, ils retombent dans une extrême prostration accompagnée de véritables symptômes de paralysie incomplète de la langue et des membres sans céphalalgie remarquable. Dans les deux premières périodes de la méningite chronique avec aliénation, les malades conservent ordinairement leur appetit et l'intégrité de leurs fonctions digestives ; ils acquièrent même quelquefois de l'embonpoint. Mais cependant, lorsque l'agitation est extrême, et se prolonge de manière à les priver presque complétement du sommeil, alors ils tombent dans un grand état d'amaigrissement. La troisième période, ou celle de la démence, est

la plus longue de toutes ; elle se prolonge, suivant M. Bayle, depuis trois, six, huit mois, jusqu'à un, deux ou trois ans ; elle est ordinairement caractérisée par l'affaiblissement progressif de toutes les facultés intellectuelles, et l'oblitération plus ou moins grande de toutes les idées. La paralysie s'augmente et devient encore plus complète ; la langue est extrêmement embarrassée, à peine peuvent-ils prononcer quelques mots inintelligibles, et souvent en serrant les mâchoires. La paralysie des jambes est toujours plus ou moins marquée ; ils marchent avec beaucoup de peine et en zigzag ; d'autres ne peuvent plus se soutenir, et sont forcés de rester couchés ; ils sont presque insensibles à la douleur ; il faut les pincer très fortement pour qu'ils le sentent. Bientôt la paralysie s'étend jusqu'aux sphincters, et les déjections alvines et urinaires deviennent involontaires. Lorsque les malades restent longtemps au lit, il survient des escarrhes au sacrum et sur les trochanters. Un certain nombre de malades est atteint de trismus, de convulsions générales, et même de véritables accès d'épilepsie. M. Bayle a observé les convulsions, sur un quart environ des malades, et dans ces cas il a reconnu à l'autopsie que la méningite était toujours compliquée d'encéphalite diffuse plus ou moins étendue. La plupart des malades conservent encore, dans cette dernière période, quelque appétit, tant qu'il ne survient pas de diarrhée, mais la mastication et la déglutition des aliments deviennent quelquefois très difficiles ; aussi voit-on que, dans certains cas, des malades sont asphyxiés par la présence du bol alimentaire arrêté dans le pharynx, parce que les muscles en partie paralysés, n'ont plus la force de lui faire franchir l'isthme du gosier. » (Guersant, *loc. cit*, p. 423.)

Cette espèce de méningite a quelque analogie avec ce que l'on a décrit plus récemment sous le nom de paralysie générale des aliénés ; cependant elle en diffère par divers caractères, et principalement par les diverses formes d'aliénation mentale admises par Bayle et M. Guersant. M. Bouillaud a rattaché la paralysie générale elle-même à la méningite chronique, ainsi qu'on le verra par le passage suivant :

« Lorsque l'inflammation de la pie-mère et de l'arachnoïde revêt la forme chronique, on voit après la cessation des phénomènes d'exaltation, qui durent quelquefois des mois entiers, les individus tomber peu à peu dans un état d'abrutissement qui, comme l'a dit M. Calmeil, dont on connaît les excellents travaux sur la matière, les rend entièrement comparables à des végétaux. La seule vie végétative subsiste en effet chez eux. Ils sont d'abord affectés de démence, et tombent ensuite le plus souvent dans l'idiotisme le plus complet. Quelquefois ces individus arrivent jusqu'au terme de leur existence sans qu'aucun autre phénomène que ceux dont nous venons de parler ne survienne ; mais dans d'autres circonstances ils sont pris de paralysie, soit du sentiment, soit du mouvement. Dans d'autres cas encore il n'existe point de paralysie ; seulement leurs mouvements, d'abord un peu déréglés, deviennent de plus en plus désordonnés. C'est alors qu'ils commencent à bégayer, à trébucher ; puis ils parlent toujours moins distinctement, jusqu'à ce qu'ils ne puissent plus s'exprimer ; ils marchent et se soutiennent avec une difficulté croissante, de manière à ne pouvoir plus finalement faire un seul pas. Cependant tous les mouvements de la langue et des membres sont possibles ; ils tirent parfaitement leur langue, qui n'est pas déviée ; lorsqu'ils sont couchés ou assis, ou même encore debout, ils remuent leurs membres inférieurs. Lorsqu'on les pince, ils sentent bien la douleur ; ils entendent, voient et sentent. Il n'y a donc aucune paralysie ni du mouvement, ni du sentiment, et malgré cela ils ne peuvent mettre à profit leurs contractions musculaires ; il y a désordre, déséquilibration des mouvements, absolument comme chez les individus (animaux) privés de cervelet. Et on a appelé cette affection *paralysie générale des aliénés !* Singulière paralysie, en effet, que cette affection où les mouvements et la sensibilité sont conservés, mais où seulement la coordination des mouvements est abolie !

» On comprend avec peine que M. Calmeil, qui s'est tant occupé de cette *paralysie générale*, ait pu conserver ce nom si impropre pour désigner une affection qui est bien loin d'être une vraie paralysie, et

qu'il ait pu réunir ainsi sous une même dénomination des choses aussi disparates, des lésions si différentes quant à leur siége. Ces erreurs de langage et de classification indiquent assez combien est erronée l'idée, l'opinion que M. Calmeil s'est faite de cette affection, qui a été pour lui l'objet de recherches, d'études si spéciales et si prolongées.

» Et d'abord, comment M. Calmeil, après avoir lui-même indiqué explicitement dans ses écrits que, pendant que les aliénés sont incapables de parler, qu'ils ne font plus entendre que des sons saccadés, inarticulés, qu'ils ont perdu, en un mot, la faculté de la parole, ils jouissent encore des mouvements volontaires de leur langue qu'ils élèvent, qu'ils abaissent, qu'ils portent de côté, qu'ils sortent volontairement de la cavité buccale, comment a-t-il pu appeler cette abolition complète ou incomplète de la parole, une paralysie de la langue? Il aurait tout aussi bien pu l'appeler alors une paralysie des lèvres, ou des joues, ou du voile du palais, attendu que toutes ces différentes parties contribuent certainement tout autant que la langue à l'articulation des sons, à la formation de la voix ; car si on n'avait que la langue pour parler, pour articuler les sons sortis du larynx, on serait, en vérité, fort mal partagé: et puis, d'ailleurs, n'est-il pas dans la science des individus qui avaient perdu une partie ou la presque totalité de la langue, et qui, malgré cela, articulaient encore passablement bien et parlaient d'une manière satisfaisante? Mais à quoi bon insister sur ces faits, du moment que, de l'aveu même de M. Calmeil, la langue jouit encore de ses mouvements? Il est évident, dès lors, qu'elle n'est pas paralysée, et si les malades ne peuvent parler, s'il commencent d'abord par de simples bégaiements pour arriver, par des degrés intermédiaires, au point où les désordres, l'irrégularité de ces mouvements associés qui concourent à l'articulation de la parole se prononcent de plus en plus, jusqu'à la perte complète de cette faculté, sans que, toutefois, il y ait abolition des mouvements dans les différentes parties (langue, lèvres, joues, voile, etc.) qui concourent à la production du phénomène de la parole, il est évident, nous le répétons, que cette perte de la parole ne tient pas à une paralysie des *instruments*, mais à une lésion du centre de coordination des mouvements de ces instruments.

» Dès lors, les mouvements auparavant associés et coordonnés vers un but commun, se trouvant dissociés et pour ainsi dire abandonnés à eux-mêmes, les différents *rouages* qui en sont le siége, soustraits à l'influence du *pendule* régulateur, continueront d'aller chacun pour son propre compte, obéiront chacun isolément et indépendamment des autres à la force brute qui les anime. Mais le résultat de leurs mouvements sera nul ou seulement irrégulier et incomplet, quant à la production des phénomènes d'ensemble que les mouvements associés et coordonnés étaient destinés à produire. Or, quoi qu'en aient dit certains physiologistes, il existe réellement un centre coordinateur des mouvements nécessaires à la production de la parole, et ce centre est situé dans les lobes antérieurs du cerveau.

» Nous n'hésitons pas à affirmer que toutes les fois que dans la *paralysie générale des aliénés* la perte de la parole ou un bégaiement plus ou moins prononcé surviennent, c'est que l'inflammation chronique, gagnant de proche en proche, est parvenue à envahir cette partie antérieure des lobes cérébraux. Nous sommes convaincu qu'un examen plus attentif fera toujours découvrir dorénavant dans ces cas une lésion quelconque dans cette partie de l'encéphale.

» Nous disions tout à l'heure : « Lorsque la perte de la parole survient dans la paralysie générale des aliénés, etc. » Cet accident, en effet, n'est pas constant, comme on a voulu le laisser croire, et il y a un grand nombre de cas dans lesquels le bégaiement et plus tard la perte de la parole coïncident avec un désordre dans les mouvements de relation et de progression. Il n'est pas rare non plus de rencontrer des cas où l'on ne remarque que la perte de la parole, ainsi que d'autres où n'existent que les seuls désordres du côté des membres inférieurs.

» Maintenant, pour ces désordres des mouvements de progression, nous répéterons à peu près ce que nous venons de dire des troubles de la parole. Quoi, c'est en-

core du nom de *paralysie* qu'on désigne une lésion qui consiste non pas en une perte absolue des mouvements et de la sensibilité, mais dans la simple abolition de la faculté de se servir de ces mouvements, de cette sensibilité générale qui persistent intacts, dans le but de se transporter d'un lieu dans un autre, de se maintenir en équilibre sur les membres inférieurs dans la station, dans la marche! En vérité, comment M. Calmeil peut-il lui donner le nom de paralysie? Bien plus, sous la dénomination générique de *paralysie générale*, il vient placer cette lésion des mouvements des membres inférieurs, à côté de celle des mouvements nécessaires à la production de la parole, comme si la même cause, la lésion d'un seul et même organe, d'une même partie des centres nerveux, était capable de déterminer deux phénomènes qui, du reste, sous ce point de vue — sous le point de vue de leur origine — sont pourtant si disparates. Or, en effet, nous verrons que, bien que la lésion anatomique soit ordinairement la même dans les deux cas, il y a cependant cette différence entre les deux phénomènes (perte de la parole, perte incomplète des mouvements), que l'organe malade pour l'un d'eux se trouve à peu près situé aux antipodes de l'autre. C'est assurément quelque chose que cette différence du siége de la lésion anatomique, surtout lorsque par cette différence on peut se rendre compte de la manière la plus en harmonie avec la saine physiologie, avec la physiologie expérimentale, de la différence dans les phénomènes observés, dans les lésions fonctionnelles qui en résultent; et il est bien difficile d'admettre que deux choses si distinctes soient confondues et perdues l'une dans l'autre, sous une dénomination commune et d'ailleurs si impropre.

» Nous disons « une dénomination impropre; » nous avons vu jusqu'à quel point le nom de paralysie de la langue peut être donné à la perte de la parole; eh bien, la paralysie des membres inférieurs n'est pas plus vraie que celle de la langue, car les sujets commencent d'abord par éprouver une sorte d'incertitude, d'hésitation dans leurs mouvements de progression. Plus tard, l'irrégularité dans les mouvements se dessine de plus en plus; ils (les individus) trébuchent ou chancelent, font mille mouvements, mille contractions diverses, inutiles et infructueuses pour se tenir debout, pour s'équilibrer. Bientôt le désordre, le *bégaiement*, si nous pouvons ainsi dire, des membres inférieurs se prononce davantage; les individus ne peuvent plus faire un pas sans tomber, et un moment arrive où leurs membres se refusent à les supporter, à les transporter : ils sont alors réduits à végéter dans un fauteuil ou dans un lit, incapables de quitter la place où ils se trouvent, absolument comme la plante fixée au sol. Est-ce que pour cela les mouvements sont perdus? Non, assurément : qu'ils puissent être affaiblis, nous ne le contestons pas; il serait même étonnant qu'ils ne le fussent pas, lorsque toute la machine est dans un état de dépérissement, d'affaiblissement, auquel, comme tous les autres systèmes, le système musculaire doit nécessairement participer. Mais de là à être abolis il y a encore loin, et ces malheureux cessent de pouvoir en aucune façon se servir de leurs membres pour la station et la progression, lorsque la contraction de tous les muscles de ces membres s'exécute encore avec une vigueur relativement assez grande. Dans leur lit, ils déplacent leurs jambes; ils les soulèvent, ils les portent en tout sens et leur impriment des mouvements multipliés, différents et incontestablement volontaires. Que leur manque-t-il donc pour pouvoir s'en servir pour la progression? Il leur manque l'organe coordinateur de cette classe de mouvements dont l'association aboutit à une marche ordonnée et régulière; il leur manque le pendule régulateur de cette autre série de rouages.

» Ces sujets sont, sous ce rapport (de la lésion fonctionnelle), dans le cas de ces animaux qui, privés de cervelet, se livrent à toutes sortes de mouvements irréguliers et absurdes, presque comme les épileptiques, sans pouvoir se tenir en équilibre sur leurs pattes ou sur leurs ailes, ni faire un seul pas pour se transporter dans un lieu déterminé. Une telle *paralysie* survient, nous le répétons, chez tous les animaux, par la destruction, ou simplement une lésion du cervelet; par une semblable lésion, ou, pour mieux dire,

par la lésion anatomique du même organe, cette *paralysie* survient chez l'homme.

» Il n'est pas nécessaire, d'ailleurs, d'une destruction complète, ni même d'une lésion bien profonde du cervelet pour produire chez les animaux les phénomènes épileptiques. La cautérisation la plus superficielle suffit pour les déterminer; seulement ils se dissipent habituellement assez promptement. Mais pourquoi? Parce que la cause irritante ne dure que quelques instants, et ne se reproduit plus; tandis que chez l'homme, dans le cas qui nous occupe, c'est une inflammation chronique qui persiste, qui agit sans cesse, qui va même toujours en gagnant en étendue et en profondeur, et qui doit, en conséquence, produire le phénomène d'une manière constante, continue et de plus en plus prononcée.

» Quel est donc alors le rôle physiologique du cervelet, pour que les lésions de cet organe soient suivies d'une dissociation des mouvements de locomotion? Nous l'avons déjà dit dans nos premières leçons, et nous le répéterons volontiers ici; le cervelet est, au moins en partie, le siége du centre coordinateur de la série des mouvements dont la marche et ses variétés se composent. Du reste, M. Calmeil lui-même indique, dans un grand nombre de ses observations, des lésions du côté du cervelet; mais il se borne à citer le fait, sans y attacher aucune signification, ni aucune importance, préoccupé qu'il était d'une manière générale de la *péri-encéphalo-méningite chronique diffuse*, sur laquelle il a été forcé de se rejeter en désespoir de cause, pour expliquer en bloc les différents phénomènes auxquels il avait donné le nom de *paralysie générale des aliénés*, après, toutefois, avoir été obligé de reconnaître lui-même combien ces phénomènes étaient différents de ceux de la paralysie, proprement dite, qu'on observe soit dans l'apoplexie cérébrale, soit dans le ramollissement, la suppuration du cerveau, soit dans les tumeurs de la dure-mère ou des os du crâne. Cependant, quoiqu'il fût frappé de cette énorme différence entre ces deux espèces d'affections, malgré la subsistance des mouvements dans celle qui nous occupe, il n'en a pas moins persisté dans l'idée d'une *paralysie*. Autant vaudrait réellement dire que l'épilepsie est aussi une paralysie.

» Nous avons déjà fait observer que les deux phénomènes de la perte de la parole et de l'impossibilité de la locomotion dans le cas qui nous occupe, peuvent tout aussi bien être réunis chez le même individu, comme ils peuvent survenir isolément indépendamment l'un de l'autre. Voici donc encore une preuve de la pluralité des organes cérébraux, et une réfutation de l'opinion de M. Flourens, que nous avons si souvent combattue, et qui prétend que si une faculté vient à être détruite, toutes les autres le sont nécessairement avec elle; de plus, nous y trouvons aussi un argument contre cette autre opinion du même auteur, pour qui le cervelet est le centre coordinateur de *tous* les mouvements volontaires. Eh! ne voyons-nous pas, d'après ce qui précède, le centre coordinateur des mouvements des membres inférieurs seulement dans le cervelet; le centre coordinateur des mouvements nécessaires à la production de la parole siéger dans les lobules antérieurs du cerveau! Il est bien probable qu'on finira par trouver un jour autant de centres coordinateurs des mouvements, qu'il existe de séries différentes de mouvements destinés à l'accomplissement de fonctions différentes. Ainsi, il est certain qu'il existe un centre coordinateur des mouvements respiratoires; un autre pour l'association coordonnée des mouvements de déglutition, etc. D'après ce que nous savons aujourd'hui sur le cervelet et sur les lobules antérieurs du cerveau, tout porte à croire qu'il doit en être ainsi. » (Bouillaud, *Leçons cliniques*, *Gaz. des hôpit.*, 4 sept. 1845.)

Les lésions qui caractérisent la paralysie générale des aliénés seront discutées ailleurs; nous avons voulu seulement faire connaître ici les rapports qu'on a cru trouver entre cette singulière forme d'aliénation mentale et la méningite.

Voici la seconde forme de méningite chronique décrite par M. Guersant:

« Cette espèce de méningite ne paraît point ordinairement succéder à la méningite aiguë: elle est tout d'abord et primitivement chronique, les exemples contraires sont au moins encore très douteux.

D'après le petit nombre de cas de méningite chronique que j'ai eu occasion d'observer sur des enfants, je suis porté à croire que si on en excepte la méningite chronique déterminée par la présence des tubercules cérébraux, ou par la carie des os temporaux, ou par toute autre lésion organique, cette maladie simple et sans complication doit être très rare chez eux. Il est possible qu'elle soit plus fréquente chez les adultes : mais je n'ai encore jusqu'ici aucune donnée précise à cet égard. Au reste, on observe dans cette espèce de méningite chronique les diverses altérations organiques que nous avons indiquées dans le chapitre précédent. L'opacité et l'épaississement de l'arachnoïde viscérale et pariétale, surtout à la convexité, les adhérences de cette membrane dans la grande scissure interlobulaire, des épanchements séreux dans la grande cavité de l'arachnoïde viscérale et pariétale, surtout à la convexité, les adhérences de cette membrane dans la grande cavité de l'arachnoïde ou dans les ventricules, quelques lambeaux de fausses membranes transparentes et presque cellulaires, des aspérités à la surface de l'arachnoïde viscérale, et surtout à la surface de la pie-mère des ventricules; telles sont les altérations organiques que l'on rencontre le plus constamment à la suite de la méningite chronique simple congénitale ou développée après la naissance. Quant à l'adhérence de la pie-mère dans les ventricules, elle est aussi rare dans cette maladie que dans la précédente. Je n'en ai vu qu'un seul exemple. J'ai abrégé l'exposition des caractères d'anatomie pathologique pour ne pas tomber dans des définitions inutiles.

» Les caractères physiologiques de la méningite chronique simple sans aliénation mentale sont encore fort peu connus, et à peine indiqués dans quelques observations éparses recueillies dans les hôpitaux. L'abattement, la somnolence, les convulsions, sont les seuls symptômes cérébraux que j'aie remarqués dans les trois ou quatre cas qui se sont offerts à mon observation; encore faut-il considérer que les sujets de ces observations étaient de jeunes enfants affectés d'ailleurs d'entérite chronique et de pneumonie lobulaire; et les seuls symptômes cérébraux que j'ai pu rattacher à la méningite chronique pouvaient tout aussi bien appartenir à une simple réaction sympathique de la maladie gastro-intestinale et pulmonaire sur le cerveau, qu'à la lésion matérielle des méninges que nous avons trouvée à l'ouverture des corps. Aussi la maladie n'avait-elle été soupçonnée dans aucun des cas, et n'a-t-elle été reconnue que par la nécropsie.

» Nous sommes donc forcé d'avouer notre ignorance sur les caractères pathognomoniques de la méningite chronique sans aliénation mentale, et il faut se contenter de constater seulement la lacune qui se rencontre encore dans cette partie de l'histoire des phlegmasies des méninges, jusqu'à ce qu'elle puisse être remplie par l'observation. » (Guersant, *loc. cit.*, p. 428.)

Terminaison; pronostic. — Les nombreuses autopsies que renferment les traités et les différents articles publiés sur la méningite, ne prouvent que trop combien on a souvent l'occasion de vérifier par l'autopsie le diagnostic porté pendant la vie. Cette maladie est en effet l'une des plus graves parmi les maladies aiguës. Toutefois, on n'a pas cherché encore à déterminer exactement le nombre relatif des malades qui succombent lorsqu'une fois ils en sont atteints. On ne serait probablement guère au-dessous de la vérité en évaluant ce nombre à la moitié.

Quant aux signes qui peuvent faire prévoir une issue funeste, il n'en est aucun qui ait une valeur particulière, c'est donc uniquement sur l'intensité de tous les symptômes, considérés dans leur ensemble, que devront être basées les probabilités d'une terminaison heureuse ou funeste.

Causes. — MM. Parent et Martinet s'expriment ainsi sur les causes de la méningite :

« Parmi les causes de l'arachnitis, on peut en distinguer deux espèces; les unes agissent directement sur l'encéphale, les autres n'agissent sur lui que d'une manière indirecte.

» Parmi les premières, qui sont les plus nombreuses, on doit compter les percussions du crâne, l'insolation, une lésion organique du cerveau, une constitution apoplectique prédisposant aux congestions

cérébrales, un épanchement sanguin dans la pulpe, enfin, les affections morales tristes.

» On doit mettre au rang des secondes les métastases goutteuses, rhumatismales, etc., les suppressions de flux, l'hydrophobie, l'usage des boissons alcoolisées, et toutes les causes communes aux autres phlegmasies, lesquelles pourraient aussi bien produire une pleurésie, une gastrite, une péripneumonie, qu'une arachnitis.

» Si nous examinons ces différentes causes d'après leur ordre de fréquence, nous voyons que nous devons mettre en première ligne les percussions du crâne, qui suffisent pour la produire, alors même qu'elles ne sont point assez violentes pour déterminer une fracture ou un grand désordre. En effet, le plus grand nombre de nos malades n'ont souvent éprouvé que de très légères commotions. Cette cause présente une particularité remarquable, c'est qu'elle détermine plus promptement et plus fréquemment que toutes les autres la suppuration; car, si on en excepte deux cas particuliers, nous l'avons rencontrée chez tous ceux qui ont succombé à l'arachnitis occasionnée par une violence extérieure.

» On reconnaîtra facilement l'importance de cette cause, quand on saura que parmi toutes celles de l'arachnitis, elle figure dans la proportion de plus d'un tiers.

» Les causes les plus évidentes et les plus communes après celle-ci sont, sans contredit, la répercussion et la métastase d'un exanthème quelconque, ou la suppression d'un exutoire, soit naturel, soit accidentel. C'est ainsi que nous avons vu l'arachnitis développée par la disparition subite d'une rougeole ou d'un érysipèle, par la suppression d'un ancien ulcère ou du flux menstruel. Cette cause est pour la fréquence, relativement aux autres, dans le rapport d'un douzième.

» Nous devons placer ensuite les peines, les chagrins, et toutes les affections morales tristes, qui, prises en général, se sont présentées dans le rapport d'un septième; mais comme les malades nous ont souvent été apportés dans un état d'abattement extrême, comme nous n'avons pas toujours pu recueillir des renseignements bien exacts d'eux-mêmes ou de la part de leurs assistants, il nous a été impossible de déterminer, dans certains cas, si la taciturnité, l'air sombre ou hébété étaient chez ces sujets le premier effet de la maladie, ou s'ils n'en étaient que la cause occasionnelle. Aussi avons-nous cru, pour cette raison, ne devoir placer cette cause qu'en troisième ligne.

» Une disposition apoplectique, en vertu de laquelle le sang se porte avec plus d'abondance vers la tête, et fait du cerveau une espèce de centre de fluxion où la vie s'exerce avec plus d'énergie, semble également, mais dans des cas très rares, pouvoir à elle seule déterminer l'arachnitis. Si nous plaçons cette disposition au nombre des causes, c'est que, chez trois sujets, il nous a été impossible, malgré la plus scrupuleuse attention, d'en discerner aucune autre. Mais, nous l'avouerons, cette cause est tellement fugace, que nous la notons plutôt comme pouvant prédisposer en quelques cas à l'arachnitis, que comme réellement capable de la développer.

» On sera peut-être surpris de trouver en si petite proportion, parmi les causes de l'arachnitis, l'action des rayons solaires que nous n'avons rencontrée que deux fois, mais il faut remarquer que nos observations ont été prises dans une grande ville, sur une classe d'hommes, vivant, pour la plupart, dans des ateliers, et à l'abri de l'intempérie des saisons. Nous ne doutons pas que cette cause ne soit beaucoup plus fréquente à la campagne et dans les pays méridionaux; car on retrouve tous les symptômes que nous assignons à l'arachnitis, dans plusieurs observations de maladies développées sous cette influence, et que les auteurs ont désignées sous des noms qui sont loin de toujours leur appartenir : de nos deux malades, l'un était soldat, l'autre moissonneur.

» Il paraît que certaines affections organiques du cerveau, et principalement les tubercules, peuvent, par leur développement, déterminer quelquefois l'inflammation de l'arachnoïde, en agissant sur cette membrane comme corps mécanique. Il en est de même des épanchements sanguins qui ont lieu, soit dans la substance même du cerveau, soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'arachnoïde, et

qui paraissent alors agir spécialement par leur qualité irritante.

» Si nous ne rapportons qu'une seule observation où l'arachnitis se soit rencontrée chez un hydrophobe, c'est que, fidèles au plan que nous nous sommes tracé, nous n'employons que des observations recueillies jour par jour au lit du malade, en rejetant toutes celles que pourrait nous fournir notre mémoire; mais nous ne doutons pas que cette terrible maladie n'ait des rapports intimes avec l'arachnitis, que nous avons trouvée bien manifestement sur les cadavres de trois hydrophobes morts à l'Hôtel-Dieu en 1812. Quelques-uns de nos confrères qui, à cette époque et antérieurement, ont observé et ouvert plusieurs de ces malheureux, ont reconnu sur la plupart, mais non sur tous, cette inflammation qui, le plus ordinairement, était bornée à l'arachnoïde cérébrale, et qui s'étendait aussi quelquefois sur toute celle de la moelle épinière. Ne soyons pas surpris, d'après cela, que certains médecins aient regardé l'hydrophobie comme étant assez souvent le résultat d'une arachnitis; ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur de leur opinion; mais nous pensons qu'ils se sont trop empressés de généraliser.

» La forme tétanique des accidents dans cette maladie, peut très bien dépendre de l'arachnitis spinale dans certains cas; mais elle ne peut nullement caractériser l'hydrophobie qui ne s'accompagne pas toujours de lésion de l'appareil locomoteur. Un fait dont nous avons été témoins dernièrement n'a offert au plus scrupuleux examen aucune trace de phlegmasie de l'arachnoïde, comme aucun trouble dans les fonctions des appareils sensitif et musculaire.

» Les boissons alcoolisées ont une action directe sur le cerveau, et contribuent sans doute par là à prédisposer à l'arachnitis, plutôt qu'à en être la cause efficiente : cependant nous avons eu occasion de remarquer à plusieurs reprises des rechutes produites par cette seule cause.

» Enfin, dans bien des cas, l'arachnoïde s'enflamme spontanément, sans qu'on puisse lui reconnaître aucune cause spéciale; elle s'enflamme comme les autres séreuses, parce que, partageant leur organisation et leur mode de vitalité, elle doit être influencée au même degré par les causes qui agissent sur elles : c'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois l'arachnitis coïncider avec une péritonite ou une pleurésie. Nous nous rappelons même deux faits très curieux où toutes les séreuses, jusqu'à celle de la tunique vaginale, ont été enflammées simultanément et au même degré. Il faut cependant restreindre de beaucoup le nombre des cas où l'action d'une cause quelconque ne peut pas être appréciée. S'ils figurent en si forte proportion dans nos observations, c'est qu'un grand nombre de nos malades nous ont été apportés sans connaissance par des gens qui le plus souvent leur étaient étrangers, et qui n'ont pu nous fournir aucun renseignement.

» Ainsi donc, en récapitulant les causes capables de produire l'arachnitis cérébrale, nous trouvons les violences exercées sur la tête, les métastases, les suppressions de flux, les épanchements sanguins ou autres, une disposition apoplectique, l'insolation, la présence de tubercules dans le cerveau ou dans son voisinage, l'hydrophobie, l'usage des boissons alcooliques, une disposition particulière dépendant, soit de la constitution maladive, soit de toute autre cause non appréciable, dans laquelle les séreuses s'affectent de préférence aux autres tissus, au point que, dans certains cas, tout l'ensemble de ce système peut s'enflammer.

» Nous relaterons enfin les causes générales, épidémiques, miasmatiques, qui, dans certains cas, feront prendre aux maladies régnantes la forme de l'arachnitis, comme dans d'autres elles leur donneront celle de la pleurésie, de la gastro-entérite : c'est ce que l'on voit arriver souvent dans le typhus, dans la fièvre jaune, etc. » (Parent et Martinet, *loc. cit.*, p. 9.)

Les auteurs précédents consignent à la suite de cette énumération des causes trois tableaux où est représentée synoptiquement la fréquence relative de chaque cause. L'un de ces tableaux montre que la méningite a été observée quatre-vingt-huit fois sur l'homme, tandis qu'elle ne l'a été que vingt-huit fois chez la femme; les auteurs ont soin d'ajouter que dans les services où ils ont recueilli leurs observa-

tions il y avait autant d'hommes que de femmes.

Dans un second tableau, les auteurs ont représenté les divers âges des malades qu'ils ont observés. D'après ce tableau, la maladie serait plus rare dans l'enfance qu'à tous les autres âges; mais les résultats auxquels a conduit une observation plus récente et faite sur une plus vaste échelle, n'ont point confirmé ceux de MM. Parent et Martinet, ainsi que nous l'avons dit en traitant de la méningite chez les enfants.

Nous joignons à l'exposé qu'on vient de lire le résumé suivant que donne M. Bouillaud des causes de la méningite :

« Les causes de la méningite sont très nombreuses et de nature différente, comme celles, du reste, de la plupart des inflammations. Aussi les a-t-on divisées, pour plus de méthode, en deux classes connues sous les noms de prédisposantes et de déterminantes. Mais en admettant cette division générale, on se trouve pour ainsi dire forcé de faire un troisième groupe, qui comprend les causes sympathiques ou réactionnelles, car elles ne peuvent être placées ni avec les causes prédisposantes, bien qu'il y ait jusqu'à un certain point quelque analogie entre elles, ni avec les causes déterminantes, qui sont bien différentes. Nous croyons être autorisé, dès lors, à adopter une autre division, qui permettra de renfermer les causes de la méningite dans un cadre plus circonscrit, dont les catégories ou sous-divisions seront plus nettement délimitées.

» Ainsi donc :

» 1° Causes directes;

» 2° Causes indirectes.

» 1° Causes directes, *a.* matérielles et communes à plusieurs inflammations; *b.* immatérielles, si nous pouvons ainsi dire, ou morales, intellectuelles, affectives, et par conséquent spéciales aux organes centraux de l'innervation et à leurs annexes. 2° Causes indirectes; *a.* prédisposantes, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, les conditions physiologiques, l'alimentation, etc.; *b.* sympathiques ou réactionnelles, qui comprennent les conditions morbides dans lesquelles se trouvent certains sujets, telles que la fièvre typhoïde, un érysipèle du cuir chevelu, ou de la face, et quelquefois une pneumonie du sommet, etc. Entrons maintenant dans les détails.

» 1° *Causes directes.* — A. *Matérielles, et communes à plusieurs inflammations.* — Dans cette catégorie nous placerons toutes les lésions traumatiques, telles que les contusions profondes du crâne, accompagnées seulement de commotion violente du cerveau, ou bien de fractures, d'enfoncement de la voûte du crâne; les plaies résultant de grandes opérations sur le cuir chevelu, et les plaies pénétrantes du crâne, etc., l'insolation très forte et longtemps prolongée. On sait qu'un coup de soleil peut donner simplement lieu à un érythème, ou bien à un érysipèle, selon qu'il a été plus ou moins intense; de même il peut déterminer une méningite, lorsque bien entendu il porte sur la tête.

» B. Les organes s'enflamment sous l'influence des causes qui agissent particulièrement sur chacun d'eux; c'est ainsi que les aliments excitants pris en grande quantité, la plupart des poisons minéraux, déterminent la gastrite; les refroidissements, la pneumonie, le rhumatisme, le coryza, etc.; les affections morales vives, telles qu'un chagrin profond, une joie, une jouissance extrême, les veilles prolongées, les travaux immodérés de l'esprit, agissant fortement sur le cerveau, sont les causes les plus habituelles de la méningite chez l'adulte et chez les jeunes gens surtout; mais il faut ajouter que, dans ce dernier cas, la substance cérébrale participe le plus souvent à l'inflammation, soit primitivement, soit consécutivement.

2° *Causes indirectes.*—A. *Prédisposantes.* — La méningite ne survient pas à tous les âges avec le même degré de fréquence. On l'observe beaucoup plus souvent chez les enfants jusqu'à dix ans, que de dix à vingt ans. Dans cette période de la vie, elle est encore plus fréquente que dans l'âge adulte, et la vieillesse y est de moins en moins sujette. L'âge a donc une influence très grande et facile à constater; il n'en est pas tout à fait de même du sexe. MM. Guersant et Foville prétendent, et ils appuient leur opinion d'observations, que les filles en sont plus souvent atteintes que les garçons; ils attribuent cela à l'usage inconsidéré que l'on fait des *serre-tête* pour coiffer les filles; ces espèces de bonnets déterminant

une compression circulaire trop grande et permanente sur la tête de ces enfants.

» Sur des relevés qui ont été faits il y a peu de temps à l'hôpital des Enfants, et qui ont été publiés dans un traité spécial, nous avons vu, à l'article *Méningite*, que les filles y étaient beaucoup moins nombreuses que les garçons. A quoi tiennent ces dissidences? Nous ne pouvons entrer dans des détails à cet égard. Nous pouvons dire seulement que la question a besoin encore d'être étudiée; mais que dans le cas où l'opinion de MM. Foville et Guersant prévaudrait, l'explication qu'ils ont donnée ne serait pas la véritable. Comment, une compression qui, au demeurant, est modérée et a été exercée pendant quatre, cinq ou six années, déterminerait une maladie, alors que les organes doivent y être en quelque sorte habitués (nous tenons compte du développement graduel de la tête)! Nous regarderions comme bien plus logique et vrai d'admettre une influence de constitution, de tempérament. En effet, ne sait-on pas que les petites filles, que les femmes même sont généralement plus lymphatico-nerveuses que les hommes? Et puisque nous nous arrêtons sur ce point, disons que les tempéraments lymphatiques et nerveux y sont plus sujets que les autres. Et cela nous explique, d'une part, pourquoi l'enfance en est plus souvent atteinte, et d'une autre part, pourquoi aussi la méningite, dite granuleuse ou tuberculeuse, est plus particulièrement spéciale à cette époque de la vie. Les cinq sixièmes des enfants sont effectivement aussi plus lymphatiques que nerveux. Nous avons précédemment posé en principe que la méningite tuberculeuse est le fait d'une inflammation, et d'une inflammation du système lymphatique; et notre assertion trouve dans ces faits une nouvelle force et une confirmation bien puissante.

» Un fait d'observation constante, c'est que les conditions physiologiques dans lesquelles se trouvent les sujets sont des causes très fréquentes et réelles de la méningite. Ainsi, la première et la seconde dentition, l'époque de la première apparition des règles, ou la suppression subite et complète de cet écoulement périodique, qu'elle soit elle-même amenée d'une façon ou d'une autre, ces différentes conditions sont très souvent signalées par la production d'une méningite. Ce ne sont pas là des choses vagues et que chaque auteur peut répéter, parce qu'on les a dites avant lui, et dont on ne puisse pas se rendre compte: les faits, et ce qu'il y a peut-être de plus puissant, les groupes de faits, les chiffres qui ont été donnés dans les ouvrages spéciaux, et dont nous avons été souvent à même de vérifier l'exactitude, en donnent une preuve bien suffisante.

» Une alimentation très stimulante et continue, l'abus des boissons spiritueuses surtout que quelques personnes font, particulièrement dans le but de s'étourdir et d'oublier leurs chagrins, sont aussi des causes dont l'action, quoique lente et éloignée, n'en est pas moins positive. Ne sait-on pas, au surplus, que le seul usage immodéré des boissons spiritueuses, que l'ivrognerie habituelle déterminent une espèce particulière de cette maladie, connue sous le nom de *méningite crapuleuse*, ou de *delirium tremens*, qui n'est qu'une phlegmasie lente, chronique, dont on trouve toujours des traces palpables et matérielles à la mort des sujets!

» B. *Sympathiques* ou *réactionnelles*. — Il est un assez bon nombre de maladies dans le cours desquelles la méningite se développe souvent, ou qui au moins se compliquent d'accidents nerveux. On voit très souvent, dans le cours d'un érysipèle du cuir chevelu ou de la face, surgir cette maladie, soit d'une manière sympathique, et, pour le dire en passant, cette expression ne fait que voiler notre ignorance au sujet de ces causes, ou du mécanisme de leur production; soit par voie de propagation, celle-ci s'opérant par la fente orbitaire, ou par l'intermédiaire des veines du cuir chevelu qui communiquent avec les sinus de la dure-mère. M. Foville a remarqué, de son côté, qu'elle se déclare sympathiquement dans certaines affections des membranes séreuses, et il a observé un cas d'hydrocèle opérée par ponction et injection, à la suite de laquelle les synoviales des articulations s'étant enflammées, l'ankylose des articulations malades s'est opérée; à ces accidents vinrent s'ajouter tous les signes rationnels d'une méningite aiguë. Nous avons nous-même signalé l'inflammation intercurrente des membranes du

cerveau comme une des coïncidences du rhumatisme articulaire aigu violent, et nous avons eu occasion d'en observer des exemples : mais cette coïncidence est heureusement extrêmement rare.

» Les cas de méningite sympathique se remarquent souvent dans la fièvre typhoïde et constituent alors, non pas un élément de cette maladie, mais bien une complication, et c'est surtout à ces cas de fièvre typhoïde compliqués de méningite qu'on a réservé le nom de fièvre typhoïde à forme ataxique. Par quel mécanisme maintenant l'affection des plaques de Peyer peut-elle réagir sur le cerveau et ses membranes? Nous ne voudrions pas nous prononcer d'une manière trop affirmative à ce sujet, mais nous commencerons d'abord par poser en principe qu'il est bon nombre de ces méningites que l'on regarde comme typhoïdes et qui sont véritablement idiopathiques et entièrement indépendantes de la lésion intestinale, soit qu'elles précèdent, soit qu'elles se développent en même temps que l'affection des plaques de Payer, et cela absolument comme si cette maladie n'existait pas. Quant aux méningites secondaires, se développant dans le cours d'une fièvre typhoïde et sous son influence (on ne peut se refuser à admettre des méningites de cette nature); au lieu d'être produites d'une manière *sympathique* et par une cause impondérable, insensible, ne serait-il pas plus raisonnable de dire qu'elles sont produites par le *poison*, l'élément typhoïde, le principe septique qui, répandu dans le sang et dans toute l'économie, irait ainsi agir matériellement sur les centres nerveux et leurs dépendances. » (Bouillaud, *Leçons cliniques*, *Gazette des hôpitaux*, 21 août 1845. — *Nosographie médicale*, Paris, 1846, t. II, p. 23.)

Traitement. — Quoique le praticien soit souvent réduit à n'être que le spectateur des progrès funestes de la méningite, on a cependant dans quelques cas cru observer des effets assez avantageux de certains moyens thérapeutiques pour qu'il soit indispensable de les étudier avec le plus grand soin les uns après les autres.

1° *Saignée*. — La saignée est considérée comme le moyen le plus puissant dans le traitement de l'arachnitis; elle est surtout utile, au moment de l'invasion, chez les sujets jeunes, forts et vigoureux, chez lesquels on remarque des symptômes de pléthore ou de congestion vers les extrémités supérieures; l'action de la saignée, suivant quelques auteurs, est toujours d'autant plus marquée et plus sensible, qu'elle est faite par une plus large ouverture, qui opère en peu de temps une déplétion subite et amène un état voisin de la syncope; MM. Parent et Martinet vont même jusqu'à penser qu'il serait probablement avantageux d'ouvrir les deux veines à la fois.

Est-il une région que l'on doive choisir de préférence pour pratiquer la saignée? Les faits observés jusqu'à ce jour n'ont point été assez variés et ne sont pas assez nombreux, pour que l'on puisse avoir sur ce sujet une opinion fondée sur des données bien certaines; car, presque toujours la saignée du bras a été presque exclusivement mise en usage chez les malades dont on a rapporté les histoires; elle a été plusieurs fois, il est vrai, couronnée de succès, mais quelques faits observés par MM. Parent et Martinet, leur ont prouvé, assurent-ils, que la saignée du pied avait une action beaucoup plus prompte, et que son effet était plus tranché, ce qui les engage à lui donner la préférence; d'autres auteurs avaient d'ailleurs déjà faits ces remarques, sur l'efficacité plus grande de la saignée du pied dans ces sortes de circonstances; elle est encore conseillée par beaucoup d'observateurs qui ont écrit sur les congestions cérébrales et les autres maladies de la tête.

Peut-on recourir à la saignée de la veine jugulaire, ou des ranines, ou même à la section des artères temporales et frontales, comme on le faisait autrefois, et comme le conseillent presque tous les anciens? Quoique nous ayons vu pratiquer toutes ces saignées, excepté celle des ranines, nous ne pouvons rien dire de positif à cet égard, rien qui puisse être appuyé sur un nombre suffisant d'observations; nous pouvons assurer que la section de l'artère frontale, ou de la temporale, n'est pas sans efficacité dans les congestions cérébrales, mais nous ignorons absolument jusqu'à quel point on peut y compter, et si elle a sur les autres saignées un avantage bien tranché et bien réel. Nous sommes plus avancés sur la saignée de la

jugulaire, nous l'avons vu pratiquer dans plusieurs circonstances, nous l'avons même vu répéter jusqu'à deux et trois fois chez le même sujet, mais toujours infructueusement; nous ne croyons pas pour cela qu'il faille y renoncer entièrement; mais la difficulté qu'on éprouve à la pratiquer, la compression qu'il faut exercer sur le cou pendant et après l'opération, nous donnent pour elle de la répugnance.

Il est impossible d'indiqner d'une manière précise, le nombre d'évacuations sanguines générales qu'il est nécessaire de faire dans le cours d'une arachnitis, et la quantité de sang que l'on doit tirer à chaque opération; ceci est entièrement subordonné à la constitution et à l'âge du malade, à l'intensité de la maladie, à la force et à la direction de la congestion, et à mille autres circonstances qu'il est impossible d'indiquer ou de prévoir. L'opinion générale est, que les saignées ne sont utiles que dans la première période et dans le commencement de la deuxième; c'est alors qu'il faut les répéter autant de fois qu'elles paraissent indiquées, et se garder de perdre en essais et en tâtonnements un temps précieux; il ne faut guère compter sur elles à la fin de la seconde période, et encore moins dans la troisième. Si cependant il survenait encore dans le cours de ces deux dernières, quelques symptômes de pléthore générale, comme cela arrive quelquefois, il faudrait y avoir recours, non dans la conviction de sauver le malade mais dans l'intention de gagner du temps et de prolonger son existence; encore faudrait-il attendre qu'elle fût manifestement indiquée. Si cette pléthore n'était que locale, il faudrait recourir de préférence aux irritants intérieurs, et s'ils ne suffisaient pas, au saignées locales.

Sangsues. — Quoique les saignées générales doivent faire la base du traitement de l'arachnitis, les saignées locales, principalement celles que l'on obtient par le moyen des sangsues, offrent des ressources précieuses; c'est surtout chez les sujets faibles, sans énergie, chez ceux sur lesquels on a déjà employé les saignées générales, et auxquels on ne peut, sans inconvénient, tirer une trop grande quantité de sang, qu'elles conviennent. Le lieu de leur application est ordinairement le cou, les tempes, la nuque et le derrière des oreilles. Le nombre qu'il faut appliquer varie à raison de la force du sujet. Le nombre le plus habituel chez un adulte est de quinze à vingt, et même au delà. Dans la plupart des cas, une seule application ne suffit pas, aussi faut-il les renouveler autant de fois que les accidents persistent, surtout lorsqu'ils semblent tenir à une congestion.

Les précautions qu'exige l'application des sangsues, ont fait penser, à certains auteurs, qu'on ne peut en retirer autant d'avantages dans les hôpitaux que dans la pratique particulière.

On considère généralement comme très important, chez les sujets un peu forts, de faire précéder les saignées locales, d'une ou de deux saignées générales; sans cela, elles augmentent la congestion, à moins qu'elles ne soient elles-mêmes extrêmement abondantes.

Pour cette raison les sangsues sont très avantageuses et remplacent très bien les saignées générales, lorsque l'arachnitis survient à la suite de la suppression d'un flux quelconque, qu'il est important de rappeler.

Scarifications. — Quelques médecins ont proposé de faire un grand nombre de scarifications sur la tête préalablement rasée; nous n'avons jamais vu mettre en usage ces scarifications; mais, à supposer qu'elles soient très utiles, nous pensons que la facilité avec laquelle on peut appliquer des sangsues sur cette région, peut faire négliger en leur faveur cette méthode.

Ventouses. — Les ventouses peuvent être d'un certain secours dans l'arachnitis, lorsqu'on les emploie conjointement avec les autres moyens; elles sont surtout utiles chez les sujets frêles, délicats, qu'on ne peut affaiblir par des évacuations sanguines; et qu'on ne veut pas trop tourmenter par des irritants extérieurs; on peut multiplier leur application d'une manière en quelque sorte illimitée; c'est aux tempes, aux parties latérales et postérieurs du cou, sur la poitrine et les épaules, qu'on les place dans ces circonstances; à défaut de sangsues, elles peuvent, en quelque sorte, en tenir lieu, surtout lorsqu'on a soin de faire quelques mouchetures à la peau,

avant leur application ; jamais, cependant, elles ne les remplacent complétement.

Pédiluves. — Immédiatement après la saignée, et souvent même pendant l'application des sangsues, on peut employer les bains de pieds, soit simples, soit rendus plus irritants par l'addition de la moutarde, du sel, ou de l'acide hydrochlorique.

Sinapismes. — Ils ont absolument le même effet que les pédiluves, avec cette différence cependant, qu'agissant avec beaucoup plus d'intensité, ils déterminent souvent une réaction générale qui favorise la congestion, alors même qu'on veut la diminuer.

Pour éviter cet inconvénient attaché à l'usage des sinapismes, il faut faire beaucoup d'attention à la constitution du malade et à l'époque de la maladie où on les emploie.

En général, ce n'est pas par ces derniers dérivatifs qu'il faut débuter chez les personnes fortes, vigoureuses, sanguines, et qui présentent une réaction vive ; il est indispensable chez elles, de commencer par des évacuations sanguines, proportionnées à l'intensité des accidents, et par les bains de pieds ordinaires, et de recourir ensuite aux sinapismes, lorsqu'on peut raisonnablement les employer, sans rien craindre de leur action.

Les sinapismes exigent encore quelques modifications dans leur usage, chez les personnes d'une sensibilité exquise, ou qui ont une grande mobilité nerveuse ; c'est chez ces personnes surtout, qu'il faut éviter la douleur trop vive qu'excite ordinairement l'application prolongée de ce genre de stimulant ; aussi devra-t-on les retirer aussitôt que la peau commence à rougir ; on peut encore modérer l'action de ce topique, soit en unissant la moutarde à une partie plus ou moins considérable d'un corps mucilagineux, soit encore en interposant entre lui et la peau un tissu léger, comme serait un linge ou une mousseline très claire ; ces deux dernières méthodes nous paraissent mériter la préférence, parce qu'en diminuant la violence du moyen, elles lui laissent toutes ses vertus et en permettent l'action pendant un temps, pour ainsi dire, illimité.

Malgré l'usage généralement reçu, nous n'approuvons pas l'application des sinapismes à la plante des pieds, parce que, déterminant souvent des excoriations et des phlyctènes, ils privent alors de la ressource des pédiluves, qui, agissant presque instantanément, sont toujours nécessaires ; mais nous pensons qu'il faut les promener sur les jambes, au dessus des malléoles et sur l'un et l'autre genou.

Vésicatoires. — Les vésicatoires exigent dans leur emploi les mêmes précautions que nous avons indiquées pour les sinapismes ; communément on en met un ou deux aux cuisses, et l'on a soin de les faire suppurer ; on les applique encore aux tempes, à la nuque et même sur tout le sommet de la tête préalablement rasée. Nous ne pouvons pas dire jusqu'à quel point peut aller la confiance dans les vésicatoires appliqués de cette manière, car les circonstances dans lesquelles ils ont été employés devant nous, sont trop peu nombreuses et nullement concluantes, MM. Parent et Martinet, qui disent avoir observé des accidents éminemment cérébraux, dissipés par une calotte de vésicatoire, pensent que ce moyen ne serait pas sans influence dans l'imminence de la maladie, et peut-être même dans une époque plus avancée, dans le cours de la période comateuse, si toutefois il existe encore quelque chance de succès. Mais comme dans ce cas on cherche à obtenir une irritation, tout à la fois vive et prompte, et que les vésicatoires ordinaires agissent avec beaucoup de peine sur le cuir chevelu, nous pensons qu'on leur substituerait avec avantage la pommade ammoniacale, proposée par le docteur Gondret. M. Gendrin attache une très grande importance à ces vésicatoires, mais à condition qu'ils recouvrent presque tout le cuir chevelu préalablement rasé.

Purgatifs. — Dans une maladie aussi grave que l'arachnitis, et qui exige des moyens aussi prompts, il n'est pas de région du corps qu'on ne doive irriter pour tâcher d'y faire converger les efforts de la vie, et empêcher ainsi qu'ils ne se concentrent sur l'organe menacé ; c'est ce qui engage à ne pas rejeter certaines substances qui, appliquées sur le canal intestinal, y produisent des effets analogues à ceux que les irritants déterminent sur la peau ; ces moyens sont particulièrement

indiqués dans le cours de la deuxième période, immédiatement après les évacuations sanguines, car, plus tard, il ne seraient plus d'aucune ressource. Tous les purgatifs peuvent être donnés pour obtenir cet effet ; mais il en est quelques uns qui, par le peu de répugnance qu'ont pour eux les malades, ou par la facilité de les administrer, ont toujours mérité la préférence : tels sont : le calomélas, le sirop de nerprun, l'huile de ricin, et la plupart des sels neutres dissous dans le petit-lait, ou tout autre véhicule ; on peut encore ajouter à l'action de ces moyens, en y joignant quelques grains d'une des résines drastiques; ces substances sont d'autant plus indiquées, qu'elles servent en même temps à combattre la constipation, symptôme si constant chez les sujets affectés d'arachnitis, et à dissiper l'influence que l'embarras du canal intestinal pourrait alors opérer sur le cerveau. S'il existait de la diarrhée ou d'autres signes de phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale, on doit bien penser que ces divers moyens ne pourraient point être mis en usage. Les lavements sont une des méthodes les plus avantageuses pour administrer les purgatifs dans cette circonstance; aussi ont-ils été employés de tout temps; le vin émétique trouble, à la dose de quelques gros à une ou deux onces, est, en quelque sorte, la formule banale pour ces sortes de cas; on peut très bien le remplacer par un sel neutre, ou par une décoction de quelques gros de séné.

« Quoique nous n'ayons jamais vu mettre en usage dans l'arachnitis, disent MM. Martinet et Parent, l'emploi continuel de l'émétique en lavage, méthode qui a si souvent réussi à Desault dans les plaies de tête, et qu'il nous soit par conséquent impossible d'en apprécier la valeur, nous conseillons fort de l'essayer : qui oserait mettre en doute l'efficacité d'un moyen regardé comme héroïque par deux hommes tels que Desault et Bichat? Nous ferons cependant observer qu'il ne faut pas y avoir recours chez les enfants, où il arrive fréquemment qu'une phlegmasie gastro-intestinale simule une arachnitis; par ce mode de traitement on ne ferait qu'augmenter la difficulté du diagnostic. C'est au calomélas que l'on doit donner la préférence dans ce cas, il n'irrite que très peu la muqueuse, et cependant il débarrasse souvent l'encéphale, en évacuant le canal intestinal qui, dans cette maladie, paraît toujours plongé dans un état d'inertie. » (Parent et Martinet, *loc. cit.*, p. 127.)

Application du froid. — Les applications froides constituent un des moyens auxquels on a accordé le plus de puissance dans le traitement de la méningite. Ces applications peuvent se faire sur la tête seulement : c'est ce qui a lieu le plus ordinairement, ou bien sur tout le corps par le moyen des affusions froides. Commençons par la première méthode.

On explique l'action du froid appliqué constamment dans le voisinage de la partie malade, en supposant qu'il détermine une astriction, qui, se communiquant de proche en proche des parties les plus superficielles de la peau jusqu'aux organes subjacents, empêche le sang d'y affluer et d'y occasionner des désordres que sa présence ne manquerait pas de déterminer.

Quoique l'action du froid soit utile dans toutes les périodes de la maladie, lorsque la congestion cérébrale se renouvelle, elle n'a cependant une action bien tranchée, et sur laquelle on puisse compter, suivant la plupart des auteurs, que dans l'imminence de l'arachnitis, et dans sa première période; son action est d'autant plus marquée qu'on emploie simultanément les saignées et les dérivatifs qui agissent dans un sens contraire.

L'eau est ordinairement la substance qui, si l'on peut avoir recours à cette expression, sert au froid de véhicule, soit qu'on l'emploie seule, soit qu'on l'unisse au vinaigre. On abaisse le plus qu'il est possible sa température, et, à l'aide de compresses qu'on renouvelle fréquemment, on l'applique sur les tempes, le front, et le sommet de la tête. On se sert plus commodément encore d'une vessie dans laquelle on met des fragments de glace, et que l'on place sur la tête des malades en la suspendant par un lien au ciel de lit ou à une traverse disposée à cet effet.

L'action de ce moyen est presque toujours avantageuse, et pour ainsi dire instantanée; elle est agréable à la plupart des sujets, elle leur rend la connaissance, elle les soulage, et fait disparaître momen-

tanément l'assoupissement, en même temps qu'elle calme la céphalalgie; elle diminue encore sensiblement la rougeur et la chaleur du visage et tous les symptômes de congestion; c'est alors qu'on voit les malades revenir à eux-mêmes et rendre compte de ce qu'ils éprouvent; mais si l'on discontinue l'application du froid, ils retombent dans leur premier état.

Affusions froides. — Voici comment s'expriment à cet égard MM. Parent et Martinet :

« Comme ce mode de traitement n'est pas généralement mis en usage, et comme il peut exister des médecins qui aient quelques préventions contre lui, soit parce qu'ils n'ont pas d'idées assez fixes sur son action, soit parce qu'ils ignorent la manière de s'en servir, nous avons cru, en raison de l'importance et de l'utilité de ce moyen, devoir entrer dans des détails plus circonstanciés à son égard.

» Les affusions froides ont été employées dans un grand nombre d'arachnitis, parvenues même à des périodes très avancées, et cela avec un succès qu'il est impossible de révoquer en doute. Aussi pensons-nous qu'elles doivent compléter le plan de traitement que nous avons donné pour la cure de la phlegmasie de l'arachnoïde; en effet, il est peu de moyens qui possèdent à un si haut degré une action sédative sur l'encéphale. Nous n'avons pas l'intention de tout dire sur les affusions, car il faudrait y consacrer un volume tout entier, mais nous nous proposons d'établir ce qu'il est nécessaire d'en savoir pour les utiliser.

» Les ouvrages de Hahn, de Samoïlowitz, de Currie, de Wright, de Giannini (*De la nature des fièvres*, Paris, 1808, 2 vol. in-8), la dissertation du docteur Pavet, contiennent les faits les plus curieux. En France, le docteur Récamier est le premier qui en ait préconisé l'usage; il a déterminé avec beaucoup plus de précision et d'exactitude que ne l'avaient fait ses devanciers ce mode d'application de l'eau et les diverses circonstances qui pouvaient en assurer le succès. Nous étant souvent trouvés à même de les lui voir administrer, en ayant nous-mêmes très fréquemment fait usage, nous allons exposer ici les résultats des différentes recherches que nous avons faites sur ce sujet.

» Nous examinerons d'abord le mode d'action des affusions froides sur l'économie, et nous passerons ensuite successivement en revue les périodes de la maladie où elles sont indiquées, la manière de les administrer, enfin les précautions qu'elles exigent.

» *Mode d'action des affusions froides.* — L'affusion dirigée par nappes d'eau, de la tête au reste de la périphérie du corps, au moyen d'un vase d'une certaine capacité, tel qu'un petit seau, une grande casserole, par exemple, présente deux effets différents : 1° une action sédative directe sur la peau; 2° une action sédative sympathique sur le cerveau. Chacune de ces actions présente trois ordres de phénomènes que l'on peut comparer, avec beaucoup de vérité, aux différents stades dont se compose un accès de fièvre intermittente.

» Le premier effet, stade du froid, détermine spontanément à la surface de la peau un resserrement des capillaires, une sorte d'astriction, accompagnée de torpeur générale, d'horripilation, de frissons, d'un abaissement de température et d'une décoloration de la peau, avec refoulement des liquides vers le centre, ralentissement et concentration du pouls, suppression momentanée des sécrétions, enfin, une gêne plus ou moins grande de la respiration. L'encéphale en particulier et le système nerveux tout entier en éprouvent un effet sédatif indirect et sympathique, en vertu duquel les yeux se réveillent, la bouche s'humecte, la face s'avive, les facultés intellectuelles recouvrent une partie de leurs fonctions, et le malade se met en rapport avec les personnes et les objets qui l'entourent, ce qu'il lui eût été impossible de faire auparavant. Ces derniers effets sont généralement constants, et il nous serait difficile de citer un cas où le malade, n'ayant pas été sur la fin d'une troisième période, dans un coma mortel, n'ait éprouvé des affusions, une amélioration des plus sensibles, mais quelquefois, à la vérité, de bien courte durée.

» Cependant, après un frisson, un tremblement plus ou moins fort, plus ou moins long, mais qui ne se prolonge guère au-delà d'une demi-heure, la réaction com-

mence à s'établir ; la peau se colore, se réchauffe graduellement du centre à la circonférence, une chaleur douce se répand uniformément sur tout le corps, l'agitation diminue ou cesse complétement, le pouls se relève, sans prendre d'abord une fréquence marquée, il devient souple, la soif diminue, les facultés intellectuelles recouvrent successivement leur énergie, les fonctions des organes sécréteurs se rétablissent, une tendance à des crises favorables se développe, la respiration devient haute et profonde. C'est durant cette époque que le calme est le plus prononcé et que les malades éprouvent le plus grand bénéfice possible de l'affusion : c'est ici que l'action sédative du frais est la plus marquée. Cet ébranlement général, opéré sur le système nerveux, conjointement avec le dégorgement sanguin des méninges qui résulte de l'application directe du froid sur la tête, peut amener et amène quelquefois, en effet, une révolution favorable à laquelle beaucoup de malades ont dû leur salut.

» Cet état de bien-être, qui donne la mesure du bienfait de l'affusion, dure ordinairement plusieurs heures, au bout desquelles les divers phénomènes cérébraux et fébriles qui caractérisent la maladie reprennent le dessus ; tous les symptômes de la réaction augmentent d'intensité, le pouls prend de la fréquence, la peau se dessèche de nouveau, les sécrétions s'arrêtent, les fonctions du cerveau s'embarrassent, quelquefois même il survient du délire, ou il devient plus intense s'il en existait déjà, ce qui dépend alors de la surexcitation produite sur le cerveau, par l'effet d'une vive réaction. D'autres fois, il arrive que cette période suit immédiatement l'affusion, qu'il n'existe aucun refroidissement, aucun frisson, et que la chaleur continue sans avoir été ralentie ; dans ces cas l'affusion ne réussit pas et est en général contre-indiquée.

» Toute cette période de réaction qui, douce d'abord, tend à rétablir l'équilibre dans toutes les fonctions de l'économie, en développant un effet sédatif général sur tout l'ensemble du corps et sur le cerveau en particulier, puis qui, forte, active, énergique, provoque et finit par favoriser le retour des divers symptômes qui constituent l'affection cérébrale, peut être comparée avec raison au deuxième stade d'un accès d'intermittence.

» Ici commence le troisième stade qui, tantôt représenté par l'établissement de la sueur, d'urines, d'hémorrhagies critiques, ce qui est en général rare, mais le plus souvent par une modification avantageuse du système nerveux, constitue une véritable période de détente; ou bien qui, tantôt, se trouvant le résultat d'une réaction trop forte, trop intense, laquelle n'a fait alors qu'user les forces du malade, s'accompagne d'un état d'affaissement général et cérébral en particulier. Cette troisième période est ordinairement la moins bien dessinée, c'est le troisième stade de l'accès fébrile.

» Ainsi donc nous voyons, tant comme effets directs que comme effets consécutifs de l'affusion, 1° un état de concentration du volume du sang, avec refoulement de ce liquide vers le centre de la circulation, période qu'accompagne l'amélioration des facultés intellectuelles; 2° un reflux général du système circulatoire, avec harmonie dans la répartition du sang dans les diverses parties du corps, d'où résulte un mieux-être sensible, et, par la suite, des phénomènes fébriles et même cérébraux, si la réaction est trop forte; 3° enfin, une détente favorable avec tendance au retour à l'ordre, ou bien un collapsus du plus fâcheux pronostic.

» Tels sont les effets généraux des affusions administrées chez les sujets atteints d'affections cérébrales. C'est après s'être bien pénétré de leur manière d'agir, que l'on en pourra faire d'heureuses applications au traitement de l'arachnitis.

» Nous allons poser différents principes qui pourront guider le praticien dans l'emploi de ce moyen.

» Toutes choses égales d'ailleurs, la réaction est d'autant plus longue à s'établir, que la température de l'eau est plus abaissée, que le sujet jouit d'une moins grande énergie vitale, que la fièvre est moins forte et l'affusion plus prolongée.

» La réaction est d'autant plus forte, que la température de l'eau est plus abaissée, que le sujet jouit d'une plus grande énergie vitale, que la fièvre est plus in-

tense et l'affusion plus prolongée et plus largement administrée. *Vice versâ.*

» La réaction est en rapport avec le degré d'énergie vitale, de même que la sédation est en rapport avec l'abaissement de température.

» Poussée à l'extrême, la sédation stupéfie et jette dans le collapsus; elle peut aller jusqu'à anéantir la vie. Il en est de même de la réaction qui, trop fortement développée, use la vie par excès de stimulation.

» Ainsi la température, la durée, la masse d'eau, devront toujours être calculées d'après l'énergie du sujet, et d'après la somme de réaction que l'on peut en attendre. Toutes ces données sont susceptibles d'une foule de modifications, dépendantes de la susceptibilité individuelle et des différentes circonstances dans lesquelles se trouvent les sujets : cependant, comme il est des règles, des principes démontrés par l'expérience, touchant la température la plus avantageuse à donner à l'eau, et le temps que doit durer chaque affusion, nous en traiterons plus tard dans un article spécial.

» *Période de la maladie où l'emploi des affusions froides est indiqué.* — Le passage de la première à la deuxième période de l'arachnitis, et les premiers temps de cette deuxième période sont, sans contredit, les époques les plus favorables pour l'emploi des affusions. Pendant tout ce laps de temps, le malade présente assez de force pour fournir une réaction suffisante. Mais lorsqu'arrive la troisième période, et principalement sa deuxième partie, l'on conçoit facilement que tout espoir de salut est éteint, que les désordres organiques sont portés trop loin, pour qu'il soit permis de pouvoir les surmonter; aussi, lorsqu'on a recours aux affusions, à cette époque, les voit-on constamment échouer. Cependant, si l'on veut adopter pour principe l'aphorisme, *meliùs anceps quàm nullum*, c'est alors que l'on pourra, dans certains cas, obtenir de ces guérisons inespérées, bien rares il est vrai, mais que dans la pratique médicale l'on ne doit point négliger, le pouvoir des forces de la nature nous étant souvent inconnu. C'est dans ces circonstances que l'on voit l'affusion ranimer la vie prête à s'éteindre, faire gagner du temps, objet si précieux, et mettre le médecin à même de lutter avec avantage contre les désordres pathologiques qui, sans ce moyen, eussent sans contredit entraîné la mort du sujet.

» Il en est encore à peu près de même de ces cas, où les lésions de l'arachnoïde n'étant pas en rapport avec le degré de faiblesse du malade, l'affusion, en remontant son énergie, met la nature à même de vaincre une affection que les seules ressources ordinaires n'auraient pu surmonter.

» L'époque la plus favorable pour l'administrer est celle où l'économie peut lutter avec le plus d'avantage contre l'action du froid. Ce moment est celui de la plus forte chaleur, celui où la réaction fébrile est établie : l'effet sédatif du frais est alors le plus prononcé possible (1); dans toute autre période la vie serait trop faible ; dans celle du frisson, par exemple, ou dans tout autre état remplaçant ce stade du froid, l'affusion, dont le premier effet est de produire un refoulement du sang vers le centre circulatoire, serait suivi d'un état de concentration telle de ce fluide, que la répartition égale dans toutes les parties du corps, d'où naît la réaction et le bienfait qui l'accompagne, ne pourrait nullement s'effectuer, ou du moins ne le ferait qu'avec beaucoup de difficulté : ce serait le même cas qu'une affusion donnée à une température trop basse; les accidents seraient les mêmes, un froid violent et permanent, un tétanos et même des lipothymies quelquefois mortels.

» Dans le stade du froid fébrile, l'affusion est donc contre-indiquée, par cette raison que l'énergie vitale n'a pas encore eu le temps de se développer, tandis que dans le stade de la sueur où l'expérience l'a également démontrée désavantageuse, nuisible, elle devient pernicieuse, par cela que l'ensemble des forces ayant été usé par l'effet de la réaction, il lui devient

(1) En effet, les différents mouvements organiques étant à leur *maximum*, prêtent davantage aux moyens de traitement que l'on veut employer : il en est ici comme des autres affections : ne voit-on pas, en effet, que les évacuations sanguines dans les diverses phlegmasies, sont suivies de plus d'avantage, lorsqu'on les pratique dans le moment de la plus forte exacerbation ?

impossible d'en développer assez pour lutter contre l'action du froid.

» En général, ce n'est qu'après des évacuations sanguines préliminaires que l'on doit avoir recours à l'affusion ; c'est lorsque la marche de la maladie a été enrayée par la saignée ou les sangsues, lorsque l'on a peu à redouter l'excès de réaction ; alors mieux que tout autre moyen, l'affusion tend à rétablir les fonctions intellectuelles dans leur état naturel ; cependant il est des cas où l'on pourrait y avoir recours plus tôt ; par exemple, si l'on ne retirait aucun effet sensible des soustractions sanguines, ou si même, sous leur influence, comme nous avons eu occasion de l'observer, les accidents cérébraux augmentaient ; les affusions alors peuvent devenir du plus grand avantage.

» *Mode d'administration.* — La température qui, dans la plupart des cas où il convient d'administrer les affusions, est la plus avantageuse, est celle de quatorze à seize degrés : l'action sédative du froid se trouve unie à une réaction douce et modérée. Mais lorsque la susceptibilité du malade est vive, et que l'on pourrait craindre l'impression trop prompte, trop instantanée, d'un certain abaissement de température, il convient alors de donner les premières à vingt degrés et de descendre successivement jusqu'à seize ou quatorze.

» Dans les pays méridionaux et dans les saisons chaudes, l'on peut les donner à seize degrés de prime abord, et les descendre ensuite jusqu'à quatorze, douze et même dix.

» Deux à cinq minutes suffisent, en général, pour produire la sédation que l'on cherche à obtenir, et pour éviter l'affaissement qui suit quelquefois l'affusion : ce temps suffit également pour provoquer la réaction.

» L'on conçoit ensuite que la durée de l'affusion, sa largeur, sa température, peuvent et doivent être modifiées à l'infini, selon le degré de susceptibilité, selon les circonstances, selon les indications que l'on désire remplir, et selon les effets que l'on a obtenus.

« Cependant, nous le répétons, la première affusion doit toujours être de peu de durée ; elle doit mettre à même d'explorer le sujet, touchant cet ordre de moyens ; c'est d'après l'effet de la première affusion que l'on se réglera pour la manière d'administrer les suivantes, et c'est alors seulement que l'on pourra les prolonger de cinq à dix minutes, si l'on y voit un avantage réel ; chez certains sujets, on les fait durer quinze, vingt minutes.

» Pour administrer l'affusion, il convient de placer le malade dans une baignoire, au fond de laquelle on met de l'eau tiède, afin de pouvoir le préparer à la sensation qu'il doit éprouver, ou bien, lorsque la connaissance est entièrement perdue, et que le malade est difficile à remuer, on le porte dans un drap au-dessus de la baignoire, on l'abaisse un peu dedans, et le médecin l'affuse tandis que des personnes le maintiennent.

» Les vases contenant l'eau, aux diverses températures, ou bien à une seule, selon qu'on a jugé convenable, étant préparés, l'on procède à l'affusion. Pour cet effet, on commence par jeter une petite quantité d'eau à la figure, puis, sur le front ; ce n'est qu'après quelques affusions sur ces régions qu'on la dirige largement sur le sommet de la tête, en ne mettant entre chacune d'elles qu'un intervalle de quelques secondes. Administrée d'une manière continue, l'affusion fatiguerait, épuiserait le sujet ; trop éloignée, au contraire, il la supporterait trop péniblement.

» En général, l'affusion doit être donnée à nu, à moins de circonstances particulières, et dont nous traiterons en parlant des précautions qu'il faut prendre. L'affusion étant terminée, l'on enveloppe le malade dans un drap bien sec, chauffé dans l'hiver, et on le reporte ainsi dans son lit. On a la précaution de lui essuyer la tête, et même de l'envelopper d'une serviette, surtout chez les femmes, à cause de leur longue chevelure.

» Il est des sujets qui n'exigent que quatre à cinq affusions pour que le retour à l'ordre se rétablisse ; chez d'autres, au contraire, l'on est obligé de les réitérer jusqu'à dix, quinze, vingt, vingt-cinq fois, pour surmonter la tendance vicieuse de la maladie. Cependant nous remarquerons que dans la plupart des cas où nous avons vu prolonger ainsi l'usage des affusions, l'on n'avait alors pour but que

d'atténuer, de faire cesser divers accidents, dont la ténacité pouvait retarder la marche favorable de la maladie ou même compromettre les jours du malade. Dès que l'on juge que l'affection qui a nécessité l'usage des affusions peut se terminer sans qu'on soit obligé de les continuer, il faut les interrompre, car alors on courrait risque de compromettre gratuitement les organes thoraciques.

» Voici quelques règles qui pourront faciliter l'emploi de ce moyen.

» Lorsque l'affusion est immédiatement suivie de la réaction fébrile, que la chaleur n'a pas été modérée, que la sédation n'a point été sensible, on doit en cesser l'usage, si toutefois ces différents effets ne résultent pas du manque de certaines précautions; alors elle est désavantageuse et nuisible.

» Si la réaction tarde trop à s'établir, plus de vingt minutes, par exemple, c'est un signe que l'affusion n'est pas en rapport avec l'activité vitale du malade, qui est trop faible pour fournir une réaction suffisante, alors il faut que l'affusion soit moins prolongée, et que la température soit un peu abaissée.

» C'est dans ces cas, ainsi que dans ceux où l'affusion est suivie d'un état d'affaissement, état qui en contre-indique entièrement l'usage, que l'on doit favoriser la réaction ou ranimer l'énergie vitale, au moyen de frictions sèches et même d'un tonique diffusible administré à l'intérieur, tel, par exemple, que le sirop d'éther, etc. La répétition des affusions dans ces cas ne ferait qu'user les forces du sujet.

» Lorsque la réaction est très forte, l'affusion n'en est pas pour cela contre-indiquée; il faut seulement rapprocher les intervalles et l'administrer dès que la réaction fébrile est établie, sans attendre la période d'affaissement: on ne la discontinuerait que si l'on voyait bien évidemment, au bout de trois ou quatre jours, que le même effet désavantageux continuât, ou bien qu'elle fût suivie d'un état de collapsus.

» *Précautions qu'exige l'emploi des affusions froides.* — Pour retirer l'effet désiré des affusions, il faut avoir le soin de s'attacher à deux points :

» 1° A lever les obstacles qui pourraient s'opposer à leur action ou retarder leurs heureux effets;

» 2° A éviter les dangers qui peuvent être la suite de leur emploi.

» Au premier cas, se rapportent certaines modifications dans la manière de les administrer, modifications qui sont entièrement relatives à chaque malade. Elles peuvent être aussi nombreuses que la susceptibilité individuelle : aussi nous ne pouvons nous permettre que d'en indiquer quelques unes. Par exemple, chez certains sujets, l'affusion n'est réellement utile que lorsqu'ils ont les pieds plongés dans l'eau chaude; chez ceux-ci, c'est lorsqu'ils seront placés dans un bain tiède; chez ceux-là, il ne faudra la diriger que sur le front, sur le sinciput ou sur la face seulement. Chez d'autres, il faut avoir la précaution de leur couvrir la poitrine avec une étoffe de laine, si l'on ne veut provoquer, par le passage de l'eau sur cette partie, une douleur atroce, comme nous l'avons observée nous-mêmes chez plusieurs individus. Enfin, chez quelques personnes, il faut faire suivre l'emploi des affusions de celui des bains frais ou tièdes, afin d'entretenir la sédation du système nerveux, tandis que chez quelques autres il faut se défendre de la réaction cérébrale par des sangsues derrière les oreilles, autour du cou, aux tempes, et quelquefois même par la saignée.

» Pour ce qui a rapport aux inconvénients qui peuvent être la suite des affusions, on ne peut trop s'en occuper; car souvent c'est en négligeant certaines précautions qu'on éloigne de la thérapeutique des moyens qui peuvent devenir du plus haut intérêt pour les malades : aussi avons-nous vu mainte et mainte fois des praticiens, d'ailleurs fort distingués, rejeter les affusions avec une sorte de mépris, de mécréance, par cela seul qu'ils n'étaient point instruits suffisamment sur la manière d'éviter les accidents qui peuvent résulter de leur usage. Le plus à craindre, sans contredit, de ces accidents, est l'inflammation des organes contenus dans la cavité thoracique; aussi c'est de ce côté que doit se porter toute la sollicitude du médecin. Il est peu de praticiens qui aient eu recours aux affusions, et qui n'aient eu l'occasion de vérifier ce que nous disons

ici. Pour notre part, nous l'avons observé différentes fois.

» Le plus ordinairement ce sont les poumons et la plèvre qui sont les plus susceptibles de s'enflammer. En effet, si d'une part l'action sédative du froid appliqué à la périphérie du corps se répète sur les organes internes, ceux qui sont contenus dans le thorax se trouvent plus que tous les autres exposés à des congestions qu'il faut prévenir ou arrêter, ce qui n'offre que peu de difficulté. Nous remarquerons cependant que les affusions produisent beaucoup moins d'inflammations que ne pourrait le faire l'application partielle et permanente du froid. Nous avons plusieurs fois été à même de les employer dans des cas où une affection nerveuse compliquait une phlegmasie de poitrine, et nous n'avons que très rarement vu augmenter les symptômes péripneumoniques.

» Après avoir recouché le malade, après avoir favorisé ou attendu la réaction selon que celle-ci sera plus ou moins facile, l'on explorera la poitrine avec le plus grand soin, et cela à l'aide du stéthoscope de M. Laënnec, et pour peu que le phénomène de l'inspiration soit altéré, ou que l'on reconnaisse tout autre caractère de lésion des organes respiratoires, on cessera tout usage des affusions. Ainsi en examinant le thorax avant de les commencer, l'examinant après et avant chacune d'elles, l'on aura une connaissance intime de l'état des poumons et même de la plèvre, et l'on ne risquera nullement de compromettre ces organes. Quant au cœur et surtout au péricarde, le diagnostic de leur inflammation étant encore plus difficile, l'on devra se montrer beaucoup plus circonspect, et dès le moindre soupçon de maladie de ces organes, l'on suspendra aussitôt l'emploi des affusions; mais nous ne sachons pas qu'on ait observé la péricardite à leur suite. En général, l'on ne se fiera nullement à la percussion, qui souvent est trompeuse comme chacun a pu s'en assurer.

» Les phlegmasies abdominales sont très rares après l'emploi des affusions; nous n'en connaissons même aucun exemple.

» Les rhumatismes, tant musculaires que synoviaux, s'observent quelquefois. Dans le courant de 1820, nous avons été témoins d'un fait, où ce mode d'application de l'eau détermina un rhumatisme articulaire que l'autopsie démontra malheureusement : la mort survint par une autre cause, une inflammation interne très étendue.

» Lorsque après l'administration de l'affusion le frisson persiste, lorsque le pouls reste concentré, que le malade se réchauffe avec difficulté, il faut pratiquer quelques frictions sèches le long des membres, sur la région précordiale, et entourer les pieds avec des flanelles chaudes. Mais si malgré ces moyens le froid continuait, si les membres devenaient roides, le pouls insensible, si le sujet tombait dans un état lipothymique ou tétanique, alors il faudrait recourir à la hâte à tous les stimulants possibles. On appliquerait des sinapismes aux pieds, aux genoux, aux cuisses; on frictionnerait les membres, la région de la colonne vertébrale et celle du cœur, avec des teintures aromatiques; l'on ferait respirer l'ammoniaque, l'éther, l'acide hydrochlorique, etc. » (Parent et Martinet, *loc. cit.*, p. 142.)

Compression des carotides. — M. Blaud, de Beaucaire, imagina, dans un cas pressant, où il manquait de ce qui était nécessaire pour pratiquer une saignée chez un malade affecté d'arachnitis, de comprimer fortement les deux carotides, afin d'empêcher le sang d'arriver à l'encéphale et à ses membranes; il parut s'en trouver bien, et depuis, ce moyen a fixé l'attention des praticiens, dont un certain nombre disent avoir à s'en louer.

M. Blaud conseille de pratiquer la compression de la manière suivante :

On peut exercer la compression des carotides en les rapprochant l'une de l'autre, et en les appuyant fortement contre la partie inférieure des régions latérales du larynx, avec le pouce et l'index chez les enfants, avec le premier de ces doigts et celui du milieu chez les adultes, ou bien en les comprimant d'avant en arrière avec le pouce et l'index, ou avec le pouce et le doigt du milieu, ou bien avec ce dernier et l'index, et en prenant le point d'appui sur la colonne vertébrale.

Le premier procédé peut être employé lorsque le malade est maigre, que les ca-

rotides sont très apparentes, faciles à saisir, ou que le larynx est peu proéminent; le deuxième est applicable aux individus gras, dont les carotides sont entourées d'un tissu cellulaire très abondant.

Un effet constant de cette compression a été une diminution très grande dans la fièvre et la fréquence du pouls, ce qui a engagé M. Blaud à ne la jamais prolonger au-delà de 50 à 60 secondes.

Au reste, cette durée doit varier nécessairement beaucoup, suivant la constitution de l'individu et l'intensité des accidents. Chez un individu vigoureux, d'un tempérament sanguin, ayant le pouls fort, plein, bien développé, elle peut être prolongée plus longtemps que chez un sujet d'une constitution opposée; on doit aussi l'exercer pendant un temps plus long, lorsque l'engorgement cérébral est très considérable que lorsqu'il est modéré.

En général, il faut interrompre cette compression de temps à autre, et y revenir à plusieurs reprises, même lorsque le coma, la congestion faciale et tous les autres accidents ont disparu.

M. Blaud cite, à l'appui de sa méthode, quelques observations qui militent bien en sa faveur, mais qui sont insuffisantes cependant pour en démontrer la valeur définitive.

Trépan. — Nous nous contenterons de signaler cette opération que quelques médecins n'ont pas craint de proposer à la troisième période de la maladie pour donner issue aux liquides épanchés, et qui a été généralement abandonnée avant même d'être essayée.

§ II. Méningite cérébro-spinale épidémique.

Les articles et même les traités spéciaux écrits jusque dans ces derniers temps sur la méningite, celui de MM. Parent et Martinet y compris, passent à peu près complétement sous silence une forme de méningite que l'observation de ces dernières années a démontré être d'une grande importance. Nous voulons parler de la méningite épidémique. Les victimes que cette maladie a faites depuis quelque temps dans la partie la plus robuste de la population, dans l'armée en particulier, nous a engagés à lui consacrer un article spécial, qui sera désormais le complément nécessaire de celui qui précède. Nous glisserons cependant, dans cet article, sur tout ce qui ne serait qu'une répétition de ce que nous avons déjà dit, et nous n'insisterons que sur ce qu'il y a de spécial à la forme épidémique, c'est-à-dire principalement sur l'historique, l'étiologie et le traitement.

Historique. — Ainsi que nous venons de le dire, les traités spéciaux sur la méningite ou les maladies de l'encéphale ne disent rien de la méningite épidémique; mais, ce qu'il y a de plus singulier encore, c'est que les traités sur les maladies épidémiques qui datent de quelques années sont absolument dans le même cas. Sprengel, dans son *Histoire de la médecine*, Fodéré, dans ses *Leçons sur les épidémies*, ne lui accordent aucune mention.

C'est seulement dans l'ouvrage d'Ozanam, que se trouvent réunis des documents sur cette maladie. Cet auteur ne décrit point d'une manière spéciale la méningite cérébro-spinale épidémique, dont il ne prononce pas même le nom; mais il rassemble, à l'article *Encéphalite* ou *Fièvre cérébrale* (Ozanam, *Hist. des maladies épid.*, t. II, p. 117), toutes les maladies épidémiques qui ont eu l'encéphale pour siège. Quelques unes d'entre elles ont avec la méningite des traits d'une ressemblance incontestable; d'autres en diffèrent essentiellement. L'absence ou l'imperfection de l'anatomie pathologique se fait sentir dans toutes ses descriptions. Lorsqu'il les résume dans un tableau d'ensemble, on n'y trouve point l'expression exacte des symptômes de cette maladie; on cherche en vain, à l'article de l'*autopsie*, les lésions caractéristiques de la pie-mère; on n'y rencontre qu'une vague indication de l'inflammation des méninges. Plusieurs traits de la méningite s'observent, au contraire, dans les pages consacrées à l'histoire générale du typhus. Ozanam signale des douleurs partielles dans le dos, dans les membres; des contractions tétaniques; il place parmi les caractères anatomiques une vive inflammation du cerveau, les méninges injectées, l'arachnoïde rouge et parfois recouverte d'une *lymphe coagulée ayant l'apparence d'une légère couche de pus.* Il est à croire, en effet, ainsi que nous le verrons

plus tard, que la méningite a été plus d'une fois confondue avec le typhus.

Jetons maintenant un coup d'œil sur l'histoire particulière des épidémies dans lesquelles les centres nerveux ont été le siège des phénomènes principaux : cherchons à déterminer, en n'admettant que des analogies certaines, celles qui ont été véritablement constituées par la méningite ou dans lesquelles cette maladie a apparu comme complication.

L'épidémie d'Abdère, la plus ancienne que rapportent les auteurs, éclata, d'après Lucien, d'une manière subite, sous l'influence d'un soleil ardent, pendant que les citoyens assistaient à la représentation d'une pièce d'Euripide. L'insolation agissant sur des cerveaux surexcités, avait donné naissance à un délire furieux, qui, par ses causes comme par sa marche, ne ressemblait nullement aux épidémies qui ont régné de nos jours.

Rien ne prouve que l'on doive rapporter à la méningite la typhomanie ou frénésie maligne, *cephalitis ægyptiaca*, qui, au dire de Prosper Alpin, était tous les ans occasionnée en Egypte par l'action des vents du midi.

Sauvages (*Nosologie*, t. I, p. 484) fait mention d'une frénésie calenture caractérisée par un délire aigu, et qui avait pris naissance sous l'influence de violentes chaleurs ; elle régna en France au commencement du XIVe siècle ; *cephalitis epidemia, anno* 1310. Rivière, ajoute-t-il, décrivit une épidémie analogue sous le nom de fièvre maligne ; mais les symptômes se rapportent évidemment au typhus (*delirium, subsultus tendinum, lentores nigri circa dentes, lingua scabra, nigra, exusta*).

Rhumélius a été l'historien de trois épidémies, en 1503, 1510 et 1517. Si plusieurs symptômes, la céphalalgie, les douleurs dans les membres, le délire, les convulsions, ont avec la méningite quelques traits de ressemblance, d'autres phénomènes, au contraire, la toux, les crachements de sang, les parotides mortelles, indiquent une affection différente.

Forestier a décrit, d'après une lettre de Livinus Sanderius, une épidémie qui a régné en Savoie et en France dans l'année 1545 (*Observat. et curat. medicin., de febribus publicè grassantibus*, lib. VI, Lugd. Batav., anno CIↃ. IↃ. XCI, p. 30). Cette affection, nommée *trousse-galant* parce qu'elle attaquait surtout les jeunes gens, était caractérisée par le délire, la douleur des reins et de la tête, et par une complication vermineuse. Sauvages lui a donné le nom de *cephalitis verminosa*.

« Accidentia, *dit la lettre de Sanderius*, » fere hæc sunt aut continua vigilia, quæ » ægrum ad phrenitidem tandem ducit, » aut continuus sopor qui in lethargum » transit ; dolor plerumque capitis adest in » principio et renum calor cum lassitudine » totius corporis ; verminum maxima copia » qui vivi per os evomuntur, non sine magno » cruciatu...... Plerique exanthemata erumpunt. In ejus febris curatione nihil » præstantius invenimus quam mittere » sanguinem usque ad animi deliquium... » Morbus hic quarto die terminatur aut » undecimo. » Cette description de Sanderius suffit pour faire reconnaître des analogies nombreuses, mais elle contient trop peu de détails pour établir l'identité.

Ozanam signale une épidémie d'encéphalite qui se manifesta en 1553 en Silésie, à la suite d'un hiver rigoureux, et y fit beaucoup de victimes ; il rapporte qu'en 1557 et 1559, elle se combina aux fièvres catarrhales qui parcouraient l'Europe, frappa particulièrement les enfants, et, à son déclin, attaqua surtout les classes aisées. Ces maladies, par leur marche, par leurs principaux symptômes, par la vaste étendue des pays auxquels elles se sont propagées, paraissent n'avoir été autre chose que des fièvres catarrhales et des typhus. A la même époque, une céphalée épidémique envahit la Sicile (Ingrassias). Ici, ressemblances plus nombreuses : vertiges, douleurs de tête atroces, durée de quatre jours au plus. En 1571, même épidémie dans la Haute-Saxe et la Bavière ; l'année suivante, dans le canton de Berne, fièvre compliquée de vomissements, de chaleur brûlante, d'épistaxis, d'urines troubles et fétides. En 1580, la céphalée se réunit aux affections catarrhales qui ravagent l'Europe ; elle enlève dix mille personnes à Rome, douze mille à Madrid, deux mille à Venise. Sans doute, ces épidémies se sont accompagnées de désordres graves dans les fonctions du système nerveux ; mais les descriptions des auteurs y

montrent le mélange de symptômes de toute nature, et la marche générale écarte encore la supposition d'une méningite.

Parmi les caractères que Félix Plater (*Prax.*, t. II, cap. 2, *de Febrib.* Basileæ, 1656) assigne à la céphalée maligne qui régna à Bâle en 1588, il signale un mal de tête atroce, le délire, les nausées, une éruption de taches violettes, la mort du septième au douzième jour, la lenteur de la convalescence. Beaucoup de personnes, notamment des hommes robustes, succombèrent. Il est à regretter que l'anatomie pathologique n'ait point fixé la valeur des symptômes qui ont plusieurs traits de ressemblance avec ceux de la méningite. Une affection semblable se déclara en 1598, à Fischbach et à Lutzelbourg, où elle fit beaucoup de victimes.

Ozanam fait encore mention, d'après Pasquier, d'une épidémie d'encéphalite qui se déclara, en 1616, dans les armées françaises catholiques et protestantes. Un simple extrait de ce passage prouve l'absence de toute analogie : « Il s'est mis une maladie nouvelle dans les deux armées, qui les a ruinées l'une et l'autre; le mal leur prenait en la tête; vous eussiez jugé qu'ils estoyent furieux et ne sentoient de prime face leur mal; dansoient et sautoient disant qu'ils n'étoient malades..... Après, on étoit contraint à cause de leur grande foiblesse, de les coucher, d'où ils ne vouloient bouger, croyant qu'ils estoient attachés, les uns au chevet, les autres au lit. Le mal a duré trois ou quatre mois, pendant lesquels peu se sont sauvés. »

Il est impossible de rapporter à la méningite épidémique les fièvres que Willis (*Pathol. cerebri. fract. de morb. convulsiv.*, p. 45; Amsterdam) a observées à Londres en 1681. Début obscur, grande prostration des forces, gastricisme, vertiges, tintements d'oreilles, soif, sécheresse de la langue, sueurs rares dans la première période, frénésie ou soporosité, mouvements convulsifs, soubresauts des tendons, selles copieuses et fétides, pustules aqueuses et engorgement des glandes du cou dans la seconde période, survenant le huitième jour. A l'autopsie : « Vasa meningas perreptantia sanguine plurimùm turgescere conspiciebantur; membranæ pluribus in locis sanguine extravasato suffusæ, colore atro purpureæ, ventriculi aquâ limpidâ repleti. »

On ne voit point mentionnée la lésion caractéristique de la pie-mère, qui certes n'eût pas échappé à l'illustre auteur de l'*Anatomie du cerveau.*

Nous arrivons à un observateur dont le génie pratique fournit à la science des données d'une valeur plus grande. Deux des constitutions épidémiques de Sydenham présentent à des degrés différents quelques traits de ressemblance avec la méningite, telle qu'elle est apparue de nos jours.

Sydenham (*Op. méd.*; Genève, 1723, t. I, p. 40) rapporte que les fièvres continues des années 1661 à 1664 se compliquaient fréquemment d'une frénésie caractérisée par un violent délire, et qui frappait d'une manière particulière les jeunes gens sanguins et robustes.

Ici, comme dans la méningite, il y a des symptômes cérébraux d'une vive acuité; mais l'examen attentif des passages de Sydenham démontre bientôt les différences; la durée de la maladie est plus longue, la terminaison moins souvent mortelle, les symptômes moins aigus et non compliqués de ces accidents terribles qui annoncent la lésion de la moelle épinière. Quel tableau plus frappant n'eût pas inspiré à Sydenham une affection d'une violence aussi extraordinaire? Il a observé des complications cérébrales d'une grande intensité, et non une méningite épidémique. Il est utile, cependant, de faire connaître les préceptes remarquables sur lesquels il base le traitement de cette frénésie : « In hoc casu, liberiori manu quàm » suprà indulsi ad venæ sectionem, clysteres ac medicamenta refrigerentia me » accingo, verno tempore præsertim.... » atque talibus remediis utens ægrum » eo usque sustinere conor, donec in » diuturnitatem aliquam affectus excurrat, » quo tempore non admodùm difficile erit » eum et a morbo et a symptomate unâ » eâdemque operâ liberare, quod fiet narcoticum aliquod medicamentum in largiori paulò dosi exhibendo. »

La fièvre continue des années 1673 à 1675 offre des analogies beaucoup plus frappantes avec la méningite cérébro-spinale.

« Et plurimùm afficiebatur æger dolore » capitis et dorsi satis atroci, stupore item » et dolore articulorum, artuumque tonsivo....

» Lingua nec sicca, nec colore naturali » multùm recedens, nisi quod magis al- » beret, neque sitis multùm augebat.... » eminebat affectus quidam comati haud » dissimilis, qui correptus æger obstupe- » bat delirabatque. »

Quelquefois la marche de la maladie était tellement prompte, que la mort survenait le troisième ou le quatrième jour; le plus souvent cependant elle tardait davantage.

La convalescence était longue et difficile. « Aderant signa quæ caput plurima » fuisse passum ostenderent. » En général, cependant cette affection était d'une gravité moindre que nos méningites; elle était compliquée de quelques autres symptômes et moins rebelle au traitement. Il est intéressant de comparer les moyens thérapeutiques que propose Sydenham à ceux qu'on a employés de nos jours. « Hunc itaque » rursùm institui sanguinem trachii venis » mittendum..... Ante omnia curabam, at- » que ferè eodem tempore emplastrum » epispasticum benè largum nuchæ appli- » candum. Die proximo clysterem leniti- » vum. » Quand ces moyens n'avaient pu calmer la violence des symptômes, il abandonnait pendant quelque temps la maladie aux forces de la nature. « Quod mihi sem- » per melius cepit quàm evacuationem » qualemcumque violentiorem moliri. » Et ailleurs : « Dictum symptoma post usur- » patas evacuationes generales..... solo » tempore feliciter solebat vinci. » Il préfère beaucoup les saignées aux sudorifiques. Presque toujours, après l'usage de ces derniers, on voyait naître des symptômes de mauvaise nature, et la maladie avait une issue fatale.

Une des affections cérébrales la plus semblable à la méningite a été décrite par Collado, sous le nom de *Phrenitis apyreta*. Cet auteur assure, dit Sauvages, avoir vu certains malades qui présentaient tous les symptômes de la phrénésie, à l'exception de la fièvre, et qu'ayant ouvert le cadavre de l'un d'eux, il trouva le cerveau et les méninges enflammés.

En 1674, à la suite de famines et de longues guerres, une épidémie ravagea Strasbourg; des vomissements, du délire, une céphalalgie atroce, une profonde soporosité caractérisaient cette maladie, qui se terminait fatalement du neuvième au dix-septième jour (Scherpf). (Ozanam, t. III, p. 140.) Les symptômes gastriques, les pétéchies, l'intensité de la fièvre, doivent faire rapporter cette maladie au typhus.

Aucun exemple de méningite cérébro-spinale n'apparaît dans l'histoire de ces cruelles épidémies, qui, dans les temps anciens, décimèrent tant de fois la population de Strasbourg. (*Essai sur la mortalité de Strasbourg*, par Ch. Bœrch; *Thèses de la Faculté de Strasbourg*, 1836.)

C'est au typhus, c'est aux inflammations catarrhales qui ont ravagé l'Europe dans ces temps de misère et de perturbations sociales, qu'il faut certainement rapporter la plupart des prétendues épidémies d'encéphalite. Telle est l'épidémie que Weffer a observée à Schaffouse en 1691; la fièvre épidémique vermineuse qui a régné dans la Bresse, en 1667, et dont Bonnet a été l'historien; l'épidémie du Danemark, en 1686; la fièvre contagieuse de Toul, en 1715; l'affection décrite par Oward, en 1797; la fièvre vermineuse de Provence (Darlue, 1755); l'épidémie du Bas-Maine (Kenser, 1756).

Dans toutes ces épidémies, des symptômes cérébraux se sont manifestés avec une violence remarquable, mais des phénomènes d'un autre ordre déterminent la véritable nature de la maladie. La complication vermineuse, qui se présente dans un grand nombre d'entre elles, est loin de constituer une analogie concluante; elle se rencontre avec une singulière fréquence dans les épidémies les plus diverses.

Les mêmes réflexions s'appliquent à une épidémie qui régna à Baynarca, en 1705, et dans laquelle l'autopsie fit reconnaître l'existence d'une congestion de la pie-mère et de l'encéphale; même prédominence des phénomènes cérébraux, mouvements convulsifs, coma, tétanos, dans un typhus qui régna à Lille, en 1788 (Ozanam).

Pringle (*Mal. des arm.*, p. 56, 117) ne décrit aucune épidémie de phrénésie, mais il constate que cette affection, qui est souvent une maladie d'été, provenant de l'ardeur du soleil, n'est limitée en aucune saison,

lorsqu'elle est symptomatique ; elle se manifeste indifféremment dans les fièvres rémittentes, inflammatoires et typhoïdes, est plus commune aux armées que partout ailleurs. Il préconise surtout contre elle l'emploi de la saignée et des sangsues aux tempes. Il signale une complication cérébrale assez intense dans les maladies qui frappèrent l'armée anglaise à Bar-le-Duc. « La fièvre ardente fut la pire de toutes ; ceux qui en étaient attaqués ressentaient tout à coup de violents maux de tête et tombaient souvent en délire. S'ils avaient l'usage de la raison, ils se plaignaient de douleurs dans le dos et dans les reins... Ils vomissaient de la bile avec une soif excessive, une chaleur brûlante, des douleurs intestinales et une tendance telle à la putréfaction, que la plupart avaient des taches, des pustules et même des mortifications presque toujours funestes. »

La méningite a dû s'ajouter encore à d'autres maladies et accroître leur gravité ; on en voit la preuve dans les dénominations adoptées par quelques auteurs, phrénésie miliaire (F. Hoffman, Sydenham), phrénésie morbilleuse (Morton), phrénésie variolique (Sydenham).

Les épidémies d'apoplexie et de léthargie, rapportées par Lancisi et Baglivi, n'ont de commun avec la méningite que le siége de la maladie dans le système nerveux.

L'épidémie qui régna à Aumale en 1757 et que décrit Marteau de Grandvilliers (*J. gén. de méd.*, t. VIII, p. 275), a été considérée comme appartenant à la méningite. Si les frissons aux lombes et entre les deux épaules, si l'état naturel de la langue et des urines, l'agitation cruelle, le délire, les convulsions sont de nature à appuyer cette hypothèse, l'absence de nausées, le météorisme de l'abdomen, le flux de ventre colliquatif, les taches brunes de la peau, la mort n'arrivant que le quatrième ou le vingt et unième jour, sont autant de raisons qui doivent la faire rejeter.

Borsieri a reconnu dans une épidémie de typhus, en 1764, l'existence de symptômes cérébraux intenses et l'injection des méninges. Une violente douleur le long de l'épine dorsale dominait parmi les symptômes d'un typhus que Sagar observa en Bohême en 1771. L'ouvrage de Lepecq de la Cloture (*Collection d'observations sur les mal. épidémiques*, Paris, 1776, 3 vol. in-4) se rapporte évidemment à la même affection.

Des traits de ressemblance bien plus nombreux se retrouvent entre la méningite et la maladie de Munster et de Westphalie, en 1788, dont Saalman fut l'historien : vertiges, douleurs intolérables dans la tête, dans le dos et dans les membres ; vers lombrics et ascarides, urines pâles avec un sédiment jaune ou rouge, langue blanche, pouls à peine fébrile, soporosité, délire, mort chez quelques uns du septième au neuvième jour ; traces d'inflammation dans le cerveau et les méninges.

Tout porte à croire que Saalman a observé une véritable méningite ; notons cependant des différences importantes : diarrhée, oppression précordiale, éruptions pourprées, hémorrhagies copieuses, douleurs simulant une péripneumonie, quelques symptômes de fièvre catarrhale ; la faible proportion des morts, qui ne s'élève qu'à 32 sur 500, l'absence de mortalité chez les sujets au-dessous de vingt ans, et l'existence d'altérations organiques graves dans la poitrine et le bas-ventre.

Sous le nom de fièvre cérébrale ataxique, M. Vieusseux (*Journ. de méd.*, de Corvisart, Leroux et Boyer, t. XI, p. 164) a décrit une véritable épidémie de méningite, qui a régné à Genève en 1805. Elle ne se propagea point à une grande étendue de pays et ne frappa qu'un petit nombre de personnes, mais ses symptômes extraordinaires excitèrent le plus vif étonnement. La maladie prit naissance à la fin d'un hiver très froid, et cessa graduellement à l'apparition des chaleurs. Au mois de janvier deux enfants meurent en vingt-quatre heures ; du 10 au 12 février, quatre autres d'une même famille succombent en moins de seize heures, jusqu'au 8 mai trente personnes périssent à Genève, et quelques autres dans les environs. Les enfants et les jeunes gens sont surtout frappés. Les personnes au-dessus de trente ans forment à peine un dixième des malades. Les principaux symptômes sont les suivants : violents maux de tête, vomissements, raideur dans l'épine du dos, convulsions chez les enfants, marche extrêmement rapide ; d'autres fois cependant, prolongation des phénomènes qui suivent le cours d'une fièvre bilieuse ou affectent le type inter-

mittent, de sorte qu'on aurait pu prendre la maladie pour une fièvre pernicieuse tirant au premier accès. A l'autopsie on rencontre le plus souvent un engorgement sanguin du cerveau (ce qui n'est pas aussi concluant que les symptômes), mais il n'existe aucune altération particulière des autres organes ; M. Vieusseux a constaté que les intestins étaient sains. On employa les vomitifs à assez haute dose, les émissions sanguines, les purgatifs ; rarement l'état du pouls semblait indiquer une saignée ; le quart des malades succomba, et cependant la mortalité générale ne fut pas augmentée. Du 10 février au 10 mai, elle fut de 218 en 1803, de 249 en 1804, de 235 en 1805, pendant l'épidémie. Il sera intéressant de comparer ces résultats à ceux qu'a présentés pendant le règne de la méningite le mouvement de la population de Strasbourg.

En juillet 1808, les troupes anglaises, occupant Melizzo en Sicile, furent décimées par une épidémie qui s'était développée sous l'influence d'un soleil ardent. Vertiges, céphalagie, face rouge ou pâle, suivant la durée des prodromes, pouls fréquent, vibrant et plein, yeux étincelants, photophobie, nausées et parfois vomissements bilieux, somnolence, point de délire phrénétique, épanchement séreux entre les méninges, et à leur surface couche de substance semblable à celle que l'on trouve sur les membranes enflammées ; tels sont les caractères que Bayle assigne à cette maladie. Ici la méningite est directement produite par l'action du soleil, bien différente dans sa cause, sa marche et ses symptômes des pie-mérites épidémiques observées de nos jours. Rien ne prouve qu'il y ait eu en même temps inflammation de la pie-mère rachidienne.

L'épidémie que M. Sonelleton a signalée en 1810 à Guéret, parmi les prisonniers espagnols, et que M. Ozanam range parmi les encéphalites, ne paraît avoir été autre chose qu'un typhus accompagné d'éruption miliaire et de symptômes cérébraux d'une grande intensité. (*Journ. de méd.* de Corvisart, etc., t. XXI, p. 407.)

Les Mémoires de l'ancienne Société royale de médecine, ne contiennent aucun exemple de méningite cérébro-spinale épidémique. L'Académie royale de médecine a réuni tous les documents que l'on possédait sur les épidémies de France depuis la fin du XVIIIe siècle. Le rapport de M. Villeneuve (*Mém. de l'Acad. roy. de méd.*, t. III, p. 420) donne l'indication de toutes celles qui ont régné parmi nous de 1771 à 1830. La rareté extrême des affections cérébrales épidémiques ressort de ce tableau ; sur neuf cent quatre épidémies on ne trouve qu'un seul exemple de fièvre cérébrale, un de gastro-céphalite, cinq de gastro-entéro-céphalite. Le nom de la méningite cérébro-spinale n'y est pas prononcé.

C'est dans ces dernières années seulement qu'elle se montre d'une manière évidente à plusieurs reprises, et qu'elle attire spécialement l'attention des médecins. Le plus léger doute ne peut exister sur la nature de ces épidémies ; en en parcourant les descriptions, on croit lire l'histoire de l'épidémie de Strasbourg.

En 1838, une épidémie singulière, dont la cause est restée inconnue, se développa aux environs de Dax, dans le département des Landes, (*Malad. épidém. des Landes*, par MM. Lamothe et Lespes, *Gaz. méd.* de Paris, 1838), elle prit naissance en hiver et persista encore au printemps et en été ; elle ne se généralisa pas, et n'atteignit qu'un nombre restreint de victimes ; mais elle les frappait avec une promptitude extraordinaire, tout à coup, presque sans prodromes, céphalalgie extrêmement violente, douleurs dans les reins et dans les membres, renversement de la colonne vertébrale en arrière, efforts de vomissements, perte de connaissance, sensibilité tégumentaire conservée, mouvements convulsifs, pouls au début comme étranger à ce qui se passe. Certains malades sont foudroyés, d'autres se traînent longtemps ne recouvrant que certaines facultés et périssent après plusieurs mois dans le marasme le plus complet. Cette affection dépeuplerait un pays, disent ses historiens, si elle se généralisait comme les autres épidémies. A l'autopsie on trouvait les traces d'un raptus violent, d'irritation sanguine ou d'un travail inflammatoire du cerveau, de ses annexes et de leurs membranes, aucune lésion constante des autres viscères. On eut recours aux antiphlogistiques, aux révulsifs, aux dérivatifs,

aux réfrigérants. Le sulfate de quinine fut toujours administré sans succès.

L'épidémie la plus remarquable a régné à Versailles, en 1839. Nous possédons sur elle une monographie complète et d'un vif intérêt. (*Hist. de l'épid. de méning. cérébro-spin.*, observ. à Versailles, en 1839, par Faure-Villard; *Recueil de méd. milit.*, t. XLVIII.) La maladie a pris naissance dans les premiers jours de février, et a sévi d'une manière inégale sur les différents corps de la garnison. 154 militaires ont été atteints du 4 février au 15 juillet; 66 d'entre eux ont succombé, ou 42 sur 100. Si l'on ne compte que les cas graves, la proportion a été de 66 décès, et 24 guérisons sur 90 cas, ce qui présente une mortalité de 75 sur 100. 150 fois de légers prodromes, observés dans les casernes, furent enrayés par des saignées copieuses. Aucun cas ne fut signalé dans la population civile. La méningite cérébro-spinale a surtout frappé les jeunes soldats arrivés depuis peu au corps; ils comptèrent 103 malades et 56 victimes. Le 18e léger qui avait récemment reçu de nombreux conscrits, supporta en grande partie le poids de l'épidémie; il perdit 48 hommes dont 43 recrues sur 110.

La maladie qui commençait à décroître au milieu de mars, reprit une nouvelle force dans la première moitié d'avril, à la suite d'exercices fréquents et de variations excessives de l'atmosphère. Une nouvelle recrudescence coïncida dans les premiers jours de mai avec une élévation subite de température et atteignit principalement le 14e de ligne qui perdit 15 hommes dont 11 recrues. A la fin de mai, la méningite revint au 18e léger dans lequel elle frappa quelques soldats récemment arrivés. Contrairement à la loi formulée par Sydenham, la proportion des décès se soutint à la même hauteur pendant toute la durée de l'épidémie. Les causes de cette maladie restèrent en partie dans l'obscurité; cependant deux circonstances paraissent avoir eu une influence prépondérante; les fatigues des nouveaux soldats et l'encombrement dans les casernes. L'évacuation de la caserne occupée par le 18e fut suivie d'une amélioration subite dans l'état sanitaire de ce corps. Les symptômes et les lésions anatomiques démontraient d'une manière incontestable le siége de la maladie. Elle s'est présentée avec les phénomènes que nous avons observés à Strasbourg, céphalalgie et rachialgie atroces, douleurs dans les membres, perte de connaissance, mouvements extraordinaires, nausées, *herpes labialis*, sécrétion purulente à la surface de la pie-mère, marche extrêmement rapide; 11 décès ont eu lieu dans les dix-huit premières heures, 46 dans les huit premiers jours. M. Faure-Villard considère cette inflammation des méninges comme le résultat d'un effort éliminatoire mal dirigé, à la suite de l'altération du sang par un principe miasmatique spécial.

En 1838 et 1839 une affection analogue a sévi dans l'hôpital de la marine à Rochefort. (*Rev. méd.*, t. XLII, p. 458), les malades succombaient en vingt-quatre, souvent en douze heures. L'autopsie faisait reconnaître une suppuration abondante des enveloppes du cerveau et de la moelle. Sur 150 forcats atteints de la maladie, 107 sont morts; 25 ont guéri, dont 10 n'avaient offert que de légers accidents; 19 sur 21 restants étaient condamnés à une mort certaine; ces chiffres représentent une mortalité de 82 sur 100. La ville a compté 42 morts, la garnison seulement 2. Cette affection avait éclaté le 15 décembre, et durait encore au commencement de mars. A Lyon et à la Rochelle pendant la même année, quelques cas analogues furent observés dans les hôpitaux militaires.

A la fin de 1839 et dans les premiers mois de 1840, plusieurs cas de méningite se développèrent dans la garnison de Metz. M. Gasté (*Mélanges de médecine*, p. 91 et suiv.) a tracé l'histoire de cette petite épidémie, qui devrait être rangée parmi les plus meurtrières, si le nombre des cas était en rapport avec leur gravité. La première méningite apparut au 28 novembre, et se termina par la mort en trois jours; 3 cas mortels en décembre; 4 décès sur 5 malades en janvier; en février, 8 sur 16; en mars, 12 cas et 10 morts; en avril, 2 cas et 2 décès, total, 39 cas, et 28 décès, ou une mortalité de 72 pour 100. La période culminante a été du 25 janvier au 25 mars; à dater du mois de juin, il n'y eut plus une seule arachnoïdite cérébro-spinale de la nature des

précédentes, jusqu'en février 1841, où quelques autres cas se reproduisirent. Cette maladie avait sévi presque exclusivement sur le 7e et le 8e régiments d'artillerie. Elle atteignit à peine les autres corps de la garnison; les habitants de Metz en furent totalement préservés. Le délire, la stupeur, les douleurs dans la tête et dans le dos, le renversement de la colonne vertébrale en arrière, les contractions tétaniques, les vomissements, une exsudation plastique analogue à la couenne de certaines saignées, à la surface du cerveau et de la moelle, tels étaient les caractères de cette redoutable affection. M. Gasté lui assigne pour cause la température très douce de l'hiver de 1839 à 1840, et surtout l'encombrement qui aurait donné naissance à un empoisonnement miasmatique.

Cette épidémie se déclara en 1841, avec non moins d'intensité parmi la population et surtout dans la garnison de Nancy; nous en avons une bonne description par M. le docteur Rollet, médecin en chef de l'hôpital militaire. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1843, t. X, p. 291 et suiv.)

Enfin, vers la fin de 1840 et au commencement de 1841, se développa, à Strasbourg, une nouvelle épidémie rappelant exactement celle de Versailles, et dont l'histoire a été tracée avec un grand talent par M. Tourdes, professeur de médecine légale à la Faculté de cette ville. C'est l'histoire de cette dernière épidémie, histoire beaucoup plus complète que celles qui l'ont précédée, qui nous servira à faire connaître ce qu'il y a de spécial dans la méningite cérébro-spinale épidémique.

Anatomie pathologique. — Nous n'insisterons que très peu sur les lésions anatomiques, qui ne diffèrent pas de celles qu'on observe dans la méningite sporadique. Nous ferons remarquer seulement que le siége de ces lésions a été constamment et à peu près exclusivement dans la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde; la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, ont été trouvés sains à peu près dans tous les cas. La substance cérébrale, rarement injectée, a été trouvée pâle dans la plus grande partie des cas; quelquefois on a observé des ramollissements des parties centrales. La membrane séreuse, tapissant les ventricules, a été trouvée enflammée dans la moitié des cas environ, et leur cavité, occupée par du pus ou de la sérosité purulente. En définitive, on voit que la méningite épidémique est surtout une *pie-mérite* et non une *arachnitis*.

Quant aux liquides purulents ou séro-purulents qui remplissaient ou infiltraient les parties enflammées, ils n'ont rien offert de particulier.

Nous rapporterons textuellement le paragraphe que M. Tourdes a consacré à la chimie pathologique, ce nouvel ordre d'altérations n'ayant été encore nullement étudié dans la méningite sporadique.

« Trois liquides ont été envisagés sous le point de vue de leurs propriétés chimiques : la sécrétion purulente, l'urine et le sang.

» L'exsudation jaunâtre présentait tous les caractères physiques du pus; traitée par la potasse ou l'ammoniaque, elle s'est comportée comme ce liquide. Les observations microscopiques répétées à plusieurs reprises avec des grossissements de 250 à 500 diamètres, ont fourni les résultats suivants : Globules réguliers, encore complétement sphériques, un peu oblongs et aplatis, à surface lisse ou un peu rugueuse, égaux en volume, à bords nets ou légèrement entamés, les uns isolés, les autres agglomérés en petites masses, d'une teinte grisâtre, mesurant sur le micromètre un centième ou un cent vingtième de millimètre : corpuscules amorphes, irréguliers, isolés ou réunis en chapelet, dépassant cinq à six fois le volume des premiers globules, et ordinairement moins nombreux qu'eux. Une goutte d'ammoniaque faisait promptement disparaître tous ces corps. Les mêmes phénomènes ont été observés à plusieurs reprises sur de la matière purulente de divers points des centres nerveux. Les globules du sang étaient plus petits, plus ronds, plus réguliers, plus foncés que ceux du pus; une goutte de sérum étant mêlée au pus, on a facilement distingué les globules des deux espèces. La matière d'un chancre et d'une parotide ancienne, offraient des globules plus petits que ceux de la méningite.

» L'urine rougissait fréquemment le papier de tournesol, elle ne précipitait pas l'acide nitrique; le sédiment qui se dépo-

sait, examiné dans deux cas, était formé d'acide urique.

» Le sang des saignées était rarement couenneux ; s'il existait une couenne, elle était mince, elle se bornait le plus souvent à une simple irisation de la face supérieure du caillot. La proportion du sérum et des parties solides semblait normale ; ces dernières avaient une consistance assez forte ; dans le cadavre le sang se faisait remarquer par l'abondance et la densité des caillots fibrineux. L'observation microscopique n'a rien offert de particulier. J'ai examiné, avec M. Langlois, professeur de chimie à l'hôpital militaire, et M. Verdier, aide-major, le sang de plusieurs saignées en les soumettant aux procédés d'analyse de MM. Andral et Gavarret. Nous avons obtenu les résultats suivants : Première expérience; troisième saignée, méningite aiguë. Deuxième jour, 1,000 parties de sang ont fourni : fibrine, 4,60; globuline, 134; matière solide du sérum, 71,16 (dont matières organiques 67,20 et matières inorganiques 3,96), eau, 790,24. Deuxième expérience; première saignée; méningite aiguë; deuxième jour : 1,000 parties de sang ont fourni : fibrine, 3,90, globuline, 135,54, matières solides du sérum, 79,64 (organiques, 72,77, inorganiques 6,87), eau, 780,92. Troisième expérience, première saignée, méningite aiguë, deuxième jour, 100 parties de sang ont fourni : fibrine, 3,70, globuline; matières solides du sérum, 58,50 ; eau, 794, 80. Quatrième expérience: deuxième saignée, méningite aiguë, troisième jour; 1,000 parties de sang ont fourni : fibrine, 5,63 ; globuline, 137,84 ; matières solides du sérum, 60,33; eau, 796,20 ; la quantité de fibrine s'est tenue dans ces quatre expériences entre 3,70 et 5,63 ; la globuline entre 143 ; les matières solides du sérum entre 58.50 et 79,64 ; l'eau entre 780,92 et 796,20 ; le sang, dans la méningite, a donc été trouvé plus riche en fibrine que le sang normal. Il a présenté surtout une augmentation notable des globules : c'est là le trait le plus caractéristique qui résulte de ce petit nombre d'expériences. » (*Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale*, par M. Tourdes, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg, 1842, p. 159.)

Symptômes et diagnostic. — De même que pour l'anatomie pathologique, nous n'insisterons pas sur la symptomatologie de la méningite épidémique, attendu que les symptômes sont, à peu de choses près, les mêmes que ceux de la méningite ordinaire auxquels s'ajoutent seulement ceux de la méningite rachidienne. Il est cependant un point sur lequel nous devons nous appesantir un instant, c'est le diagnostic. Voici la manière dont M. Tourdes traite cette partie importante dans l'histoire de l'épidémie qu'il a observée.

« Il est peu de maladies dont les symptômes soient aussi tranchés que ceux de la méningite cérébro-spinale ; aussi le diagnostic de cette affection est-il généralement facile. On peut placer parmi ses caractères essentiels le mélange de symptômes cérébraux et rachidiens ; la céphalalgie, jointe à la douleur vertébrale, les rapides alternatives de délire, de coma et d'intégrité des facultés intellectuelles, le renversement de la tête et du tronc, l'agitation extraordinaire de tout le corps, l'*herpes labialis*, l'invasion soudaine, la marche foudroyante, et l'issue presque toujours funeste. La connaissance de l'état épidémique détermine promptement la valeur des symptômes ; mais quelque évidents qu'ils soient, une erreur est cependant possible ; il importe donc d'établir le diagnostic différentiel de la méningite et des affections qui ont avec elle quelques rapports. Nous la comparerons à l'encéphalite, à la méningite sporadique, à la fièvre typhoïde et à la fièvre pernicieuse.

» On confondra difficilement la lésion de la pie-mère, et celle du parenchyme cérébral. Dans la première c'est une excitation extraordinaire de toutes les fonctions du centre nerveux : dans la seconde c'est une affection moins aiguë, plus sourde, plus limitée, aboutissant plus vite à une destruction complète des facultés isolées, l'atrocité des douleurs, l'alternative de délire, de convulsion et de coma contrastent avec la céphalalgie gravative, le délire sourd, l'état obtus des facultés remplacé par le coma profond, les contractures limitées de certains membres et la fréquence de la paralysie. L'existence de phénomènes rachidiens met le dernier trait au diagnostic. L'apoplexie ne ressem-

ble à la méningite, que par la soudaineté de l'invasion. Nous avons vu combien il était facile de distinguer ces deux maladies, même quand l'une venait s'ajouter à l'autre, le délire, le coma, les douleurs, l'agitation terrible, ne permettent pas de la confondre avec le tétanos.

» La méningite épidémique est-elle identique à la méningite sporadique? Nous croyons qu'il existe entre ces deux maladies des différences nombreuses et essentielles, et que l'affection épidémique ne peut être rattachée à aucune des variétés que l'on comprend sous le nom de méningite sporadique. L'une dépend d'une cause unique et constamment la même, l'autre dérive de causes multiples et variables. Phénomène dominant dans les deux cas, la céphalalgie est plus constante, plus étendue dans le premier; la douleur se propage plus fréquemment à la partie postérieure de la tête, à tout le rachis et aux membres. L'agitation extraordinaire, les convulsions générales, les contractures de tous les membres, le renversement de la tête et du tronc forment un tableau dont les traits ne se présentent que rarement ou isolément dans l'affection sporadique. La paralysie, si fréquente dans l'une, ne figure dans l'autre que comme une imperceptible exception. Sur soixante-dix-neuf observations de MM. Parent-Duchatelet, Martinet et Andral, relatives à des adultes, l'intelligence n'est restée intacte que trois fois; dans l'épidémie, au contraire, l'intelligence est moins constamment lésée, et le délire moins tenace. Le mélange des phénomènes cérébraux et rachidiens forme un des signes distinctifs les plus remarquables. Les symptômes gastriques sont plus marqués dans l'épidémie. La circulation, plus souvent normale ou ralentie, ne présente point les trois périodes indiquées par Whytt; la fièvre est plus rare et plus tardive. L'*herpes labialis*, les taches lenticulaires, les pétéchies et les parotides n'ont point été signalés à l'état sporadique. La soudaineté de l'invasion et l'étendue du péril ne sont pas les mêmes.

» Si dans l'hydrocéphale des enfants le pronostic est plus funeste encore, il est à croire, à défaut de statistique positive, que la méningite purement inflammatoire ne déroge point à la règle générale de la gravité plus grande des épidémies. L'extension de la maladie à la moelle épinière est certainement une des causes qui augmentent le danger dans ce dernier cas. La méningite sporadique est fréquemment chronique, laissant après elle diverses altérations des fonctions cérébrales. L'exsudation purulente de la pie-mère, caractéristique dans l'épidémie, est moins constante dans la méningite ordinaire; on y observe, en outre, une sécrétion plus abondante de sérosité dans les ventricules, la coexistence fréquente des granulations tuberculeuses, la lésion de l'arachnoïde, l'intégrité de la pie-mère rachidienne. Le développement de follicules isolés et agminés dans l'épidémie, et peut-être l'altération du sang, forment encore un caractère différentiel.

» La fièvre typhoïde et la méningite ont régné en même temps; les différences entre ces deux affections étaient généralement trop tranchées pour qu'il fût possible de les confondre; mais dans un petit nombre de cas les symptômes offraient une grande analogie et des erreurs ont été commises. Les deux maladies se distinguent dès l'invasion; brusque dans l'une et caractérisée par des phénomènes exclusivement nerveux, moins soudaine dans l'autre et accompagnée de symptômes gastriques. La céphalalgie atroce, la rachialgie, l'expression grimaçante de la face, le renversement de la tête, les convulsions, le délire alternant avec le coma et l'intégrité des facultés, contrastent avec l'expression de stupeur, le délire plus sourd, les douleurs moins aiguës, l'affaissement de l'intelligence, la résolution des membres. La fuliginosité de la langue, la diarrhée, le météorisme de l'abdomen, les hémorrhagies intestinales et buccales, au lieu de phénomènes gastriques légers, l'intensité de la fièvre opposée au ralentissement ou à l'état normal de la circulation, les sudamina et les pétéchies aux éruptions vésiculeuses, la différence du sang à l'augmentation de la fibrine, la suppuration de la pie-mère à l'altération profonde des follicules intestinaux, tels sont les caractères distinctifs qui, d'une manière générale, ne permettent point de confondre les deux affections. Le danger n'était point le même; la mortalité de la fièvre typhoïde varie de 20 à 40 sur 100; celle de la

méningite est plus défavorable encore.

» La promptitude de la mort a fait croire à une fièvre pernicieuse cérébrale, apoplectique ou délirante; l'*herpes labialis* et le sédiment des urines semblaient en rapport avec cette opinion. Mais les exacerbations de la méningite n'offraient aucun des caractères des accès proprement dits. Elles se présentaient sans frissons, sans sueur et sans influence notable sur la circulation; les terminaisons heureuses étaient graduelles et non subites; les lésions anatomiques n'étaient point les mêmes; l'inefficacité du sulfate de quinine complétait le diagnostic différentiel. » (Tourdes, *loc. cit.*, p. 161.)

Pronostic. — Il n'est guère de maladies aussi graves que la méningite épidémique. Dans l'épidémie de Strasbourg la mortalité s'est élevée de 52 à 62 pour 100 dans les cas traités en ville, et de 60 à 62 dans les cas traités dans les hôpitaux. Dans les autres épidémies, celles de Versailles, de Dax, de Rochefort, etc., la mortalité a été dans des proportions analogues, quelquefois plus forte. Si donc cette épidémie venait jamais à se généraliser, il est évident qu'elle serait une des plus meurtrières qui auraient affligé l'humanité. Jusqu'à présent, heureusement, elle est restée bornée à des localités très restreintes.

Quant aux circonstances qui ont paru augmenter la gravité de la maladie ou la faire prévoir, elles sont peu nombreuses.

La mortalité a été sensiblement la même à toutes les époques de la maladie; elle a été plus considérable dans l'enfance que dans l'âge adulte; elle a augmenté dans des proportions très grandes au-delà de trente ans; au-delà de quarante ans presque tous les cas étaient mortels; les femmes ont été moins fréquemment affectées que les hommes; mais, chose singulière, elles l'ont en même temps été d'une manière un peu plus grave.

Lorsque les symptômes étaient uniquement cérébraux, la maladie était moins grave que lorsqu'il s'y joignait des symptômes rachidiens. Ceux qui ont paru être d'un plus fâcheux augure sont les convulsions, le coma, la rachialgie, l'attitude renversée, la lenteur du pouls, les pétéchies, les taches lenticulaires, les parotides.

Quelquefois on a observé qu'une diminution prompte des accidents les plus graves n'était le plus souvent qu'éphémère, et ne modifiait que très peu le pronostic; c'est ordinairement dans la première et dans la troisième période que le danger était le plus grand; enfin la brièveté des symptômes annonçait presque toujours la gravité extrême des accidents.

Étiologie. — Ainsi qu'on l'a très bien fait remarquer, il y a dans l'étiologie de toute épidémie deux ordres de conditions d'une importance inégale; les unes, ou peut-être l'une, car elle est probablement unique, est celle qui constitue, à proprement parler, la cause première, essentielle de la maladie; les autres sont celles qui favorisent l'action de cette cause. De ces conditions, la plus importante à connaître serait évidemment la première; malheureusement, c'est celle qui reste à peu près constamment inconnue. Ce n'est donc que sur les seules conditions secondaires, accessoires, que peuvent se porter avec succès nos investigations. Néanmoins, il ne faut pas se trop décourager : l'esprit humain offre tant de ressources, qu'il est toujours permis d'espérer que ce qui est caché aujourd'hui sera découvert demain. Nous ne craindrons donc pas de faire connaître quelques réflexions dont les conditions du premier ordre ont été l'objet.

Le premier fait qui frappe lorsqu'on étudie l'étiologie de la méningite, c'est que la maladie s'est toujours montrée une, identique, malgré les légères modifications que devaient nécessairement lui imprimer l'âge, le sexe, le tempérament, le climat, etc. Les cas, d'ailleurs fort rares, qui ont offert des différences un peu notables, se sont manifestés après que les épidémies avaient cessé de régner, c'est-à-dire à une époque où, dans les épidémies les mieux caractérisées, celles de variole par exemple, on observe toujours des cas qui diffèrent plus ou moins de ceux qui forment le type de la maladie, bien qu'ils s'en rapprochent assez pour qu'on ne puisse méconnaître l'influence d'une cause commune. Comme pour les grandes épidémies, il semble donc que la méningite se soit développée par l'action d'une cause générale agissant en même temps sur une grande masse d'individus. Mais

quelle est cette cause générale? Voilà où se trouvent les difficultés. Diverses circonstances ont été invoquées pour expliquer le développement de la méningite. Parmi ces circonstances se trouve en première ligne la température; mais une étude attentive des diverses époques où la maladie s'est renouvelée ou a éprouvé des recrudescences, démontre que cette circonstance n'a pas même eu d'influence sensible. On peut en dire autant de toutes les circonstances qui se rattachent aux qualités générales de l'atmosphère. Ainsi, au lieu de débuter dans divers points, soit en même temps, soit à des époques très rapprochées, l'épidémie, à Strasbourg, reste longtemps concentrée dans une circonscription très rétrécie, et ne se dissémine qu'à la longue. Voici d'ailleurs les considérations très circonstanciées auxquelles M. Tourdes se livre sur les diverses circonstances étiologiques de l'épidémie qu'il a observée :

« Les épidémies les plus avérées et les plus nombreuses prennent naissance dans des conditions opposées. L'épidémie de France et de Savoie paraît en 1545, en hiver ou au printemps ; celle de Silésie en 1553, à la suite d'un hiver rigoureux ; celle de Bâle en 1588, au printemps, et sévit encore en juin; celle d'Aumale, en octobre et en novembre 1757. La maladie règne à Munster de mars à juin 1788; à Genève en 1805, de la fin d'un hiver très froid au commencement de la chaleur; dans les Landes en 1838, en hiver, au printemps et en été, en juillet 1839; à Metz, de décembre à juin 1840; à Aigues-Mortes, de novembre 1841 à mars 1842. Toutes ces épidémies ont leur point de départ en hiver ou dans ses environs; coïncidence qui témoigne en faveur du froid. Mais remarquons que l'origine du mal est rarement au cœur de l'hiver, le plus souvent à son début, à sa fin ou au printemps; qu'à quelques exceptions près la saison n'est pas remarquable par sa rigueur excessive, et que la maladie se prolonge encore pendant les chaleurs. A Dax, à Rochefort elle paraît pendant un hiver peu rigoureux et elle lui survit. A Versailles, c'est presqu'au printemps, et une recrudescence éclate en mai sous l'influence des chaleurs. A Metz, c'est pendant un hiver tellement doux, que l'histoire de l'épidémie l'attribue à cette circonstance.

» La méningite n'est donc point occasionnée par l'état de la température, et cette opinion me paraît en rapport avec ce qu'on observe dans les épidémies en général. La plupart d'entre elles, la variole, le choléra, le typhus sont manifestement hors de la dépendance de cette cause. Les maladies les plus variées surviennent pendant des températures identiques, et l'atmosphère présente les perturbations les plus profondes, sans qu'aucune épidémie se déclare. Parcourez la statistique des hivers rigoureux, vous verrez les uns ne donner naissance à aucune affection populaire, les autres, au contraire, être féconds en événements calamiteux. La raison de ces différences se trouve, non dans quelques degrés de plus ou de moins au thermomètre, mais dans les circonstances diverses au milieu desquelles l'hiver a régné. L'examen comparé des années 1709, 1716, 1740, 1789, 1812, 1829, marquées par de grands froids, met en lumière les bornes de leur action et l'influence bien autrement puissante des disettes, des guerres, de toutes les grandes calamités publiques

» Pourquoi les épidémies étaient-elles autrefois si fréquentes, si étendues, si désastreuses, et pourquoi sont-elles de nos jours plus rares, plus circonscrites, moins meurtrières? Les conditions atmosphériques n'ont pas varié, elles présentent toujours les mêmes vicissitudes ; c'est aux progrès de la civilisation, à l'amélioration des conditions matérielles de l'existence qu'il faut certainement attribuer ce changement dans l'état sanitaire général. Il ressort de l'histoire que le plus souvent c'est dans l'état social des peuples, et non dans la constitution de l'atmosphère, qu'il faut rechercher les causes des fléaux qui ravagent l'espèce humaine.

» Remarquez les conséquences contraires de ces deux opinions; si la température est la cause des épidémies, elles ont une origine que la puissance humaine ne peut atteindre. La prophylactique est désarmée ; tournez vos efforts vers la thérapeutique, et l'expérience vous donnera la triste mesure de ses ressources. Placez au contraire dans les conditions de l'exis-

tence humaine l'origine des maladies populaires, l'hygiène reprend tous ses droits; modifiez la situation des populations malades, réformez les habitudes vicieuses, assainissez les villes, rendez accessibles à tous une nourriture salubre et réparatrice, améliorez les peuples moralement et physiquement, alors vous aurez tari les sources véritables des épidémies, et les vicissitudes de l'atmosphère ne pourront pas les ouvrir.

» Recherchons si la méningite a eu son origine dans les autres influences qui s'étendaient à la fois à un grand nombre d'individus. Sa cause réside-t-elle dans le régime alimentaire? La nourriture des soldats, sous certains rapports insuffisante, n'est nullement insalubre, et l'on n'a point constaté qu'elle fût viciée au moment de l'épidémie. Celle-ci n'a nullement eu la marche qu'affectent les maladies dépendant d'une telle cause; et cette explication laisse en dehors les cas apparus dans la cité. La même objection s'applique aux écarts de régime et aux excès de boissons; ils ne figurent que parmi les conditions secondaires qui ont favorisé le développement des affections individuelles.

» L'état moral des troupes ne résout pas le problème. La nostalgie a été une exception; eût-elle été fréquente, épidémique même, elle ne rendrait pas compte de la méningite cérébro-spinale; elle laisserait inexpliquée la maladie des sujets non nostalgiques, et l'épidémie civile tout entière.

» Les fatigues musculaires, les exercices excessifs sont rangés à juste titre parmi les causes des affections de la moelle épinière. Les troupes ont subi à un haut degré ce genre d'influence; mais la marche graduelle de l'épidémie, les cas présentés par les enfants et par les femmes, ne permettent point d'y placer son point de départ.

» Les causes ordinaires des maladies ne rendant pas compte du développement de la méningite, c'est dans un autre ordre de faits qu'il faut chercher son origine. L'épidémie de Strasbourg me paraît avoir été produite par un miasme d'une nature spéciale. Cette opinion semble peu en rapport avec le positivisme moderne, qui ne regarde une hypothèse de ce genre que comme la dernière ressource d'une théorie aux abois : mais l'admission des miasmes ne répugne nullement à la logique médicale; leur existence est démontrée pour beaucoup de maladies : le typhus, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes.

» Dans un grand nombre d'épidémies on est nécessairement conduit à supposer un agent de cette nature.

» Cette théorie n'est pas seulement la conséquence de l'impossibilité d'expliquer les faits de toute autre manière; elle est même en rapport avec les principales phases de l'épidémie; dans l'hypothèse d'un miasme, tout s'éclaircit et se coordonne.

» On peut assigner au miasme une origine certaine. Le point de départ de l'épidémie me paraît évidemment résider dans l'encombrement. C'est dans une caserne où de nombreuses recrues sont accumulées, que la maladie éclate, et elle y sévit avec force jusqu'au moment où l'autorité prescrit la salutaire mesure de sa partielle évacuation; la maladie s'y éteint brusquement, et les militaires détachés cessent bientôt de fournir des victimes. La même cause existe dans les autres casernes, qui toutes renferment un notable accroissement d'effectif. Le développement simultané des fièvres typhoïdes qui, plus nombreuses encore, ont suivi les phases de l'épidémie, vient aussi témoigner en faveur de l'encombrement. Une influence semblable a été signalée dans les dernières épidémies, les plus certaines et les mieux étudiées. On l'a constatée à Metz; à Versailles ce sont les chambres obscures, humides, mal aérées, contenant un trop grand nombre de lits qui ont fourni les maladies les plus graves, et l'évacuation de la caserne a été suivie d'un heureux résultat.

» Pourquoi l'encombrement a-t-il produit la méningite plutôt que le typhus? Sans aucun doute, il y a là quelque chose d'inexplicable, mais des circonstances qui nous échappent ont pu modifier les effets et changer la nature du miasme. Le typhus lui-même, expression d'une cause semblable, ne revêt-il pas les formes les plus variées sans qu'on en trouve la raison étiologique? Peut-être les influences pathologiques si nombreuses, auxquelles les troupes ont été assujetties, expliquent-elles cette nouvelle propriété du miasme? peut-être les modifications apportées par elles

dans les prédispositions, ont-elles concouru à produire cette nouveauté des effets.

» Le miasme est insaisissable à nos sens ; la nature et la raison de son action restent un mystère impénétrable, comme pour toutes les affections miasmatiques. On peut supposer qu'il a de l'analogie avec celui qui donne naissance au typhus ; mais la différence des effets empêche de les confondre et démontre l'existence distincte du miasme spécial de la méningite.

» Une fois produit, il révèle sa présence par la subite invasion du mal ; il frappe d'une intoxication soudaine et notable en peu d'heures des hommes pleins de jeunesse et de force, au milieu de la plus florissante santé. Toujours les effets restent les mêmes, le premier jour comme le dernier, pendant les froids comme pendant les chaleurs, chez les militaires comme chez les femmes et les enfants. Les symptômes ressemblent à ceux des affections miasmatiques, et s'accompagnent, comme dans la plupart d'entre elles, d'une éruption cutanée spéciale. La gravité extraordinaire du mal et la faible action des remèdes coïncident encore avec l'idée d'une intoxication.

» Le miasme exerce son action sur les individus prédisposés, placés dans l'atmosphère qu'il vicie. D'abord concentré dans les lieux où il a pris naissance, il les quitte, gagne les autres casernes, où peut-être la réunion des mêmes causes développe de nouveaux foyers. Bientôt la dissémination est plus générale encore, et çà et là, au milieu de la cité, se révèlent les preuves de son action. Aucune loi ne peut être assignée à sa marche : c'est dans les quartiers les plus variés qu'il va chercher ses victimes. La même distribution irrégulière se manifeste dans toutes les maladies miasmatiques. Quand la variole, la fièvre scarlatine, la fièvre typhoïde, le choléra règnent dans une ville, ils éclatent à la fois dans les rues les plus distantes, la maladie se dissémine sans ordre, et (hors les cas de contagion avérée) rien ne rend raison de la préférence du miasme pour tel ou tel lieu.

» L'épidémie de Strasbourg a-t-elle été le résultat d'une simple affection miasmatique ? la maladie s'est-elle en même temps étendue par contagion ? L'ensemble des faits est contraire à ce dernier mode de propagation. On ne l'a point constaté dans les casernes ; on sait d'ailleurs combien seraient peu concluantes les observations recueillies au foyer même de la contagion. A l'hôpital militaire, où les méningites étaient placées dans des salles communes, aucun fait ne lui a été favorable.

» Deux officiers de santé et cinq infirmiers seulement ont été frappés. Un très petit nombre de militaires, entrés à l'hôpital pour d'autres affections, y ont contracté la méningite, et parmi eux se trouvent plus de vénériens que de fiévreux. Quatre-vingt méningites ont été traitées dans mes salles, et seulement deux cas primitifs s'y sont développés. Aucun malade n'a été pris de méningite à la clinique de la Faculté de médecine, où ils étaient mêlés aux victimes de l'épidémie ; personne n'a été atteint parmi les élèves attachés à ce service, parmi les infirmiers et les sœurs.

» En ville, la maladie a paru dans cinquante-deux rues ; à peu d'exceptions près, il n'y a eu qu'un décès pour chacune, et ils appartenaient à des hommes de profession. Il a été impossible de trouver le point de contact de l'épidémie civile et de l'épidémie militaire. Certes, on possède les présomptions les plus fortes contre la contagion, et au moins la certitude que, comme fait général, elle n'a pas existé.

» Mais si la contagion n'a pas été une propriété essentielle de la méningite, ne s'est-elle point montrée d'une manière accidentelle ou accessoire ? Il ne suffit pas de reconnaître que l'ensemble des observations lui est contraire, il faut encore établir qu'aucune ne lui est favorable. Je n'ai pu encore recueillir aucun exemple certain de ce mode de propagation. A l'arsenal, plusieurs individus travaillant ensemble ont été frappés simultanément. J'ai vu l'un d'eux, logeant à la fonderie, succomber en peu d'heures ; six cas se sont développés dans un espace de temps très court dans les rues voisines de ce bâtiment ; plusieurs ouvriers ayant des relations avec la troupe ont été atteints ; la statistique indique parmi les victimes un grand nombre d'enfants de militaires : tels sont les faits rares et peu concluants qui ont le plus de rapport avec l'idée de la contagion ; ils trouvent certai-

nement dans l'infection une explication satisfaisante.

» Les évacuations de troupes pendant le règne de l'épidémie peuvent être considérées comme des expériences toutes faites pour résoudre cette grave question. On ne voit point les militaires détachés transporter les épidémies dans les localités nouvelles; quelques cas isolés continuent seulement à paraître parmi eux. Une ville semble faire exception, mais l'identité des méningites civiles ne m'y semble point exactement démontrée, et le fût-elle, on pourrait admettre, au sein de sa garnison assez nombreuse, la formation d'un foyer d'infection.

» Nous venons d'étudier dans son action le miasme spécial de la méningite; il nous reste maintenant à reconnaître les circonstances qui ont favorisé ses effets, les conditions qui ont fixé le choix des victimes; c'est la seconde partie de notre tâche, la plus facile, mais aussi la moins féconde; elle rentre dans le domaine de l'observation directe, et consiste surtout dans la constatation des faits accomplis.

» Nous avons vu dans la première partie de ce travail la statistique générale, comprenant la distribution des cas par saisons, par âges, par sexes, par domiciles, par professions. Recherchons maintenant les causes présumées déterminantes, les influences actuelles que chaque victime venait de subir au moment même où elle a été frappée. J'ai essayé d'établir cette statistique partielle; mais je ne suis guère arrivé qu'à des conclusions négatives. Beaucoup de malades succombaient sans donner aucun renseignement; d'autres ne pouvaient indiquer aucune cause; le plus petit nombre signalait une influence spéciale. M. le professeur Forget (*Relation de l'épidémie de méningite encéphalo-rachidienne*, observée à la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, en 1841), a dressé un tableau analogue, et l'on sera frappé de la conformité de nos résultats.

Causes déterminantes.

	Clinique de la Faculté.	Cas militaires.	Cas civils.	Total.
Chagrins et nostalgie	»	3	»	3
Colère	1	»	»	1
Chute	1	»	»	1
Excès de boisson	3	10	3	16
Débauche	»	1	»	1
Fatigues	»	3	1	4
Insolation	»	1	»	1
Refroidissement	5	3	1	9
Cause inconnue	30	63	7	100
Total	40	84	12	136

» Ainsi, sur 136 malades, on n'a noté que 35 fois une cause présumée déterminante. N'est-ce pas un nouvel argument en faveur de l'existence du miasme?

» Les influences extérieures, rejetées comme cause première, doivent certainement tenir leur place comme adjuvants énergiques. Le froid a favorisé l'encombrement; il a prédisposé aux inflammations des membranes séreuses en enrayant les fonctions de la peau; il a puissamment agi sur les centres nerveux par la sensation douloureuse qu'il occasionne, et par la réaction qu'elle provoque. Une cause de cette nature, sans cesse présente, a dû faciliter l'action des miasmes et contribuer à leur direction; elle figure 9 fois dans notre tableau. Les troupes ont été fréquemment exercées pendant les froids les plus vifs. Des hommes ont été frappés à l'issue des gardes, des revues d'instruction et du service de nuit.

» La chaleur de mai est-elle pour quelque chose dans l'essor qu'a pris alors l'épidémie civile? Cet autre extrême de température est placé à juste titre parmi les causes des phlegmasies cérébrales. Chez un militaire on a pu croire aux effets de l'insolation.

» Les fatigues musculaires, marches

forcées, exercices de tout genre, ont contribué au développement de la lésion de la moelle épinière; leur influence sur elle est un fait acquis à la science; elle a été évidente chez quatre sujets.

» Quelques militaires étaient sous l'empire de profondes préoccupations morales; trois fois j'en ai constaté l'existence; elle est encore démontrée par la forte proportion des méningites dans les classes de 1834 et 1835, qui, plus que toutes les autres, ont souffert de la nostalgie.

» L'abus des boissons alcooliques est de toutes les causes accidentelles celle qui agit avec plus de puissance. Notre tableau l'a signalée dans seize cas: maintes fois la maladie a éclaté avec une ivresse complète ou après plusieurs jours d'excès. Elle a paru chez un remplaçant le jour de sa rentrée au service, à la suite de débauches prolongées.

» Tous les âges de la vie militaire ont été frappés par la méningite; mais la vingtième et la vingt-unième année, la vingt-cinquième et la vingt-sixième, ont fourni les 0,67 des décès. Les proportions dépendent, non de l'influence spéciale de ces âges, mais du nombre, de l'arrivée récente au corps et de l'état moral des individus qui leur appartenaient. Comment expliquer les prédilections de la maladie pour les âges de quatorze à vingt-un ans, de sept à quatorze, de vingt-huit à trente-cinq, de trois à sept, de quarante-deux à cinquante dans la population civile, suivant l'ordre que je viens d'indiquer? On ne peut qu'enregistrer le fait sans en tirer de conséquence, en rappelant qu'il a été déjà observé dans quelques unes des anciennes épidémies. Les âges les plus avancés ont payé leur tribut à la maladie aussi bien que les premières années de l'existence (Voy. tableau n[os] 14 et 18). La différence entre les deux sexes a été légère (Voy. tableau n° 14).

» J'ai noté 26 constitutions fortes, 13 faibles ou médiocres, 23 tempéraments sanguins, 5 lymphatiques, 6 nerveux, 2 bilieux. M. Forget: 23 constitutions fortes, 9 moyennes et 7 faibles; il indique la prédominance du tempérament lymphatico-sanguin. La force de la constitution paraîtrait donc constituer une prédisposition spéciale; du reste toutes les conditions organiques ont été indifféremment frappées.

» Presque toujours les malades ont été atteints au milieu de la santé la plus parfaite. Je n'ai rencontré comme maladies préexistantes qu'une fièvre intermittente, une épilepsie, quelques bronchites légères et quelques diarrhées. M. Forget a vu naître la méningite chez un sujet rachitique et cacochyme et chez un phthisique au troisième degré. On ne l'a observée chez aucune femme enceinte.

» La profession militaire est manifestement la prédisposition la plus puissante; c'est dans son sein que la maladie a pris naissance; elle a fourni les exemples des principales épidémies, et à Strasbourg le plus grand nombre des cas; la troupe de ligne a plus souffert que les armes spéciales; les militaires non gradés plus que les autres, les officiers ont été épargnés, preuve évidente de l'influence d'un séjour prolongé au foyer d'infection et de la puissance préservatrice de conditions hygiéniques meilleures. Cette dernière conclusion ressort encore d'une manière bien frappante du tableau des professions civiles (1). Presque toutes exposent à de grandes fatigues et appartiennent aux classes peu aisées de la société. Ici, comme dans la plupart des épidémies, c'est la population pauvre qui a supporté le poids du fléau, et la misère avec ses tristes conséquences a été la plus active des prédispositions. » (*Loc. cit.*)

Nature de la maladie. — Pour connaître véritablement la nature de la maladie, il faudrait être complétement édifié sur la cause première spéciale qui la détermine; dans l'ignorance de cette cause, on ne peut comprendre par nature que ses effets secondaires, c'est-à-dire constater que les lésions offrent le caractère inflammatoire, et qu'elles siégent spécialement, le plus souvent même exclusivement, dans la piemère du cerveau seul ou à la fois du cer-

(1) Voy. tableau n° 15, profession des décédés, le tableau des malades traités à la clinique de la Faculté fournit les mêmes résultats. Pour les hommes: cordonniers 3, ferblantier 1, journaliers 3, libraire 1, menuisier 1, ouvriers militaires 2, palefrenier 1, serrurier 1, tailleur 1, tisserand 1, professions inconnues 5. Pour les femmes: couturière 1, blanchisseuses 2, servantes 10, ouvrière en tabac 1, filles publiques 3, professions inconnues 2. (Relation de M. Forget.)

veau et de la moelle. Vouloir pousser plus loin une dissertation sur la nature de l'épidémie qui nous occupe, ce serait vouloir se plonger dans un dédale d'hypothèses et de raisonnements, non moins inutiles à la science qu'à la pratique.

Traitement. — Les résultats numériques que nous avons fait connaître, lorsque nous avons dit quelques mots du pronostic, ne prouvent que trop combien l'on doit peu compter sur le traitement de la méningite épidémique. Toutefois, si l'on a suivi avec attention l'étude consciencieuse des causes, comme l'a fait M. Tourdes, on aura sans doute acquis la certitude que ces causes peuvent être en grande partie, et peut-être même complétement évitées, et qu'il est par conséquent de la plus grande importance de se livrer à des recherches suivies sur la prophylaxie de la fatale maladie qui nous occupe. Jusqu'à ce jour malheureusement, on n'a fait dans ce sens que des tentatives infructueuses, et l'histoire du traitement se borne à une simple énumération de quelques moyens qu'on a mis en usage avec fort peu de succès dans le but de guérir la maladie et non de la prévenir.

Au premier rang parmi ces moyens, si l'on ne considère du moins que la fréquence avec laquelle ils ont été employés, se trouvent les *émissions sanguines*. La plupart des observateurs, tout en ne leur accordant qu'une bien faible confiance, croient cependant en avoir retiré un certain avantage dans quelques cas particuliers. Mais si l'on ne considère que l'ensemble des faits, on trouve que la mortalité des cas traités par les émissions sanguines a été tout aussi élevée que celle des cas traités par d'autres méthodes. Ainsi, dans l'épidémie de Strasbourg, la mortalité générale a été des 2/3 ; celle des cas traités par les saignées a été exactement la même.

Les *réfrigérants* n'ont pas eu plus de succès que les émissions sanguines, et de plus, beaucoup de malades ne pouvaient ou ne voulaient pas en supporter l'emploi.

Les *onctions mercurielles* et le *calomel* à l'intérieur n'ont pas semblé produire de meilleurs résultats, malgré l'espoir que certains praticiens avaient fondé sur ces médications.

Il en a été de même des *révulsifs cutanés*, employés sous différentes formes et sur différents points de la peau. Ainsi les vésicatoires et les sinapismes ont été appliqués sur les extrémités supérieures et inférieures, sur la tête préalablement rasée, le long du rachis ; on les a employés plus ou moins étendus, plus ou moins nombreux, aux différentes époques de la maladie ; dans aucun cas, on n'en a retiré d'avantage évident.

Le *tartre stibié* et les divers autres *purgatifs* qu'on a essayés doivent être rangés dans la même catégorie que les révulsifs sous le rapport de l'efficacité.

L'*opium* dont Sydenham avait une si haute opinion dans beaucoup de maladies, et qu'il conseillait aussi dans certaines affections cérébrales, l'opium, si l'on en croit quelques observateurs, aurait eu une certaine influence favorable dans la méningite épidémique.

M. Forget l'a employé dans sept cas, dont quatre ont été heureux et trois mortels. Après avoir combattu la maladie à son début par des saignées abondantes, et fait tomber la réaction, il a prescrit le narcotique, lorsque la céphalalgie, le délire et les spasmes persistaient encore avec beaucoup de violence; deux fois il en a fait usage dès le cinquième et le septième jour. La dose quotidienne ne dépassait pas 15 gram. de sirop, ce qui équivaut à un demi-grain d'opium ou 0,025. Le plus souvent tous les phénomènes fâcheux disparaissaient comme par enchantement; ce médicament était surtout utile dans les cas de vive exaltation nerveuse.

M. Chauffard, d'Avignon, a signalé les avantages de l'opium à haute dose, dans un travail intitulé : *Mémoire sur les cérébro-spinites qui ont régné en 1840 et 1841 à Avignon* (*OEuvr. de méd. pratique*, Paris, 1848, t. I), et qu'il a fallu traiter par l'opium. Après avoir reconnu l'inefficacité de toutes les médications ordinairement dirigées contre la méningite, ce médecin eut l'heureuse inspiration de recourir à l'opium à dose élevée. Le jour où ce médicament, non employé dans l'épidémie de 1840 et au commencement de celle de 1841, fut mis en avant, la mortalité fléchit et les guérisons devinrent d'autant plus nombreuses que l'on était plus hardi dans l'administration du remède. L'opium

était prescrit dès les premiers symptômes ; on l'associait rarement à la saignée, quelquefois au quinquina ; on éleva la dose jusqu'à 0,30 à 0,40 par jour. Grâce à ce médicament, on sauva au moins la moitié des malades gravement atteints, et on calma les angoisses de ceux que l'on ne put guérir : c'était au plus une mortalité de 50 pour 100.

En 1840 et 1841, un typhus convulsif épidémique (*Revue médicale de Paris*, numéros de mai et de juin 1842), ayant la plus grande analogie avec la méningite cérébro-spinale, a ravagé les provinces méridionales de l'Italie. L'opium, employé à assez haute dose, suivant les médecins italiens, n'a été d'aucun secours. Un seul d'entre eux reconnaît un remède souverain dans la morphine, et non dans l'opium; encore n'a-t-il fait qu'un petit nombre d'expériences, et à la fin de l'épidémie.

« J'ai administré, dit M. Tourdes, l'opium dans seize cas, jamais à haute dose, mais dans une proportion un peu plus forte qu'à la clinique de la Faculté; 0,05 d'extrait gommeux d'opium ; 0,03 à 0,05 d'acétate de morphine. Sur ces seize malades, dix ont succombé, trois d'entre eux se trouvaient déjà dans un état désespéré et doivent être rayés du calcul ; il reste donc sept morts et six guérisons. Chez trois malades, qui ont succombé en trois, onze et douze jours, l'opium et la morphine avaient été prescrits le deuxième, le cinquième et le sixième jour ; chez les autres, l'administration n'a jamais été faite avant le dixième jour ; toujours une médication antiphlogistique très énergique avait précédé l'emploi de ce moyen. La statistique de ce petit nombre de faits n'est point favorable à l'opium à dose ordinaire ; c'est au moins une mortalité de cinquante-trois sur cent. Dans le détail des observations, je lui ai rarement reconnu une influence heureuse. J'ai plusieurs fois essayé de calmer le délire et surtout les douleurs par l'opium ou la morphine ; le plus souvent, les symptômes persistaient. » (Tourdes, *loc. cit.*, p. 179.)

Les observations de M. Tourdes, ainsi qu'on le voit, seraient peu favorables à l'opium ; mais il est à remarquer que ce praticien ne l'a jamais employé à haute dose, et que, par conséquent, elles ne sont applicables qu'à l'opium prescrit d'après la formule habituelle.

Le *sulfate de quinine*, employé assez fréquemment, n'a paru avoir quelque utilité que dans la convalescence, alors que se développaient de véritables accidents intermittents.

L'acétate d'ammoniaque, le vin, le camphre, le musc, ont été expérimentés sans aucun succès.

En résumé, de toutes les médications essayées, deux seulement, d'après le témoignage des auteurs qui ont observé la méningite épidémique, devraient inspirer quelque confiance, si cette cruelle maladie venait à se renouveler : ce sont les émissions sanguines et l'opium à haute dose.

ARTICLE X.

Du délire sans lésions appréciables de l'encéphale.

Il ne s'agit point ici des diverses variétés de délire qui constituent les différentes variétés d'aliénation mentale, et qui ne laissent le plus souvent après eux que des traces insignifiantes ou nulles dans l'état matériel de l'encéphale ; nous ne parlerons même point de cette espèce particulière de délire (*delirium tremens*) qui se développe chez les buveurs d'eau-de-vie, et qui sera plus avantageusement étudié à propos de la folie alcoolique. Nous ne parlerons que de ce délire, qui n'est pas évidemment la folie, qui rappelle tout à fait celui de la méningite ou de l'encéphalite, et qui, néanmoins, ne laisse après la mort aucune trace de l'une ou de l'autre de ces maladies. Ce délire est en quelque sorte à ces maladies ce que l'apoplexie nerveuse est à l'apoplexie hémorrhagique.

D'abord, ce délire existe-t-il réellement ? On se rappelle sans doute que M. Calmeil, dans le passage que nous avons cité de lui, se montre peu disposé à l'admettre (voy. p. 251 de ce vol.), et qu'après avoir analysé les observations de M. Louis et montré que, dans la plupart, existaient des conditions anatomiques anormales, il laisse voir assez clairement l'opinion que si des lésions n'ont pas été trouvées dans tous les cas, c'est qu'on n'a pas suffisamment observé les organes, ou que nos moyens d'investigation sont trop imparfaits.

Cette dernière raison est évidemment trop imparfaite elle-même pour dispenser d'étudier à part les affections sans lésions matérielles, sauf à les faire rentrer dans d'autres catégories lorsque les progrès de la science le permettront.

La question pratique n'est donc pas de savoir s'il existe un délire sans lésions matérielles d'aucune nature que ce puisse être, mais bien sans lésions appréciables par nos moyens actuels d'investigation. Or, il est certain que ce délire existe. Déjà, dans l'analyse dont nous venons de parler, on a vu que M. Calmeil lui-même a reconnu l'absence de lésions anatomiques dans un certain nombre des observations de M. Louis dans lesquelles le délire avait été noté. Lorsque nous avons traité de la congestion cérébrale, nous avons rapporté, d'après M. Andral, un fait remarquable de délire furieux, survenu à la suite d'un érysipèle de la face, et qui guérit soudainement après un sommeil profond causé par l'administration du laudanum (voy. p. 13 de ce vol.). Il est bien difficile d'admettre que dans ce cas il y eut des lésions matérielles de quelque importance. Voici un second fait, emprunté au même auteur, et dans lequel l'autopsie a confirmé ce qui n'était ici qu'une probabilité.

« Obs. 1re. Un marchand de parapluies, âgé de quarante-sept ans, était atteint d'un érysipèle à la face, lorsqu'il entra à la maison royale de santé, dans le courant du mois de janvier 1832. Il répondait péniblement aux questions, et de temps en temps il déraisonnait; la langue, couverte d'un enduit jaune, était en même temps très sèche; le pouls avait une grande fréquence, et la peau était très chaude. Nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur les antécédents. Trente à quarante heures après l'entrée de ce malade, la desquamation commença à se faire sur la figure, mais en même temps un nouvel érysipèle apparut au cou, et peu à peu il s'étendit à la poitrine, au dos, au ventre, et jusqu'au commencement des cuisses.

» Pendant dix jours, l'érysipèle ne cessa ainsi de s'étendre.

» Pendant ce temps, l'état du malade devint de plus en plus grave; un délire complet s'établit; d'abord ce délire fut accompagné d'une grande excitation; le malade s'agitait beaucoup et vociférait sans cesse; puis il tomba dans un grand affaissement, et il mourut dans un état comateux. Depuis l'époque de son entrée jusqu'à sa mort, la langue devint de plus en plus sèche; au moment où l'agitation cessa, elle se couvrit, ainsi que les dents et les lèvres, de croûtes noires; le ventre ne fut jamais ballonné; les selles n'offrirent rien de particulier; le pouls resta toujours très fréquent, et devint de plus en plus misérable: dans les dernières quarante heures de la vie, nous comptâmes cent cinquante-six battements par minute. Jusqu'au moment de la mort, le tronc présenta des traces de l'érysipèle, qui en avait successivement parcouru tous les points.

» *Ouverture du cadavre.* — Les méninges étaient pâles, à peine parcourues par quelques veines à moitié remplies de sang; la substance du cerveau n'était point injectée, et elle avait sa consistance normale. » (Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 253.)

Les autres organes, que l'auteur décrit en détail, ne présentaient rien de remarquable.

Quoique dans ces deux cas, comme dans ceux de M. Louis et beaucoup d'autres, on ne puisse pas expliquer le délire par des lésions anatomiques, l'existence d'une autre maladie complique néanmoins la question, en permettant d'invoquer les *sympathies*, etc. Mais il est d'autres cas dans lesquels rien de pareil ne peut être objecté, ce sont ceux où le délire a été observé dégagé de toute complication; tel est le suivant, que nous devons à M. de Castelnau.

» Obs. 2. *Délire violent; mort prompte; point de lésions anatomiques récentes.*

Lefrançois, Louis, âgé de quarante-trois ans, moissonneur, d'une taille ordinaire, ayant les cheveux châtains, les yeux bruns, la peau assez blanche, le système musculaire médiocrement développé, est entré à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, le 29 juillet 1841, dans la soirée.

» Il se plaignit en entrant de céphalalgie et de douleurs dans les jambes, et dit que ces symptômes duraient depuis trois jours. Il était venu à pied, avec deux personnes qui l'accompagnaient, depuis Châtillon

jusqu'à l'hôpital. Ces personnes apprirent qu'il s'enivrait assez fréquemment, et qu'un ou deux jours avant le début de sa maladie on lui avait volé cent francs, perte dont il avait été vivement affecté. C'était la première fois qu'on l'avait vu malade. Il paraissait affecté de venir à l'hôpital, et pleurait de temps en temps; il demandait sans cesse qu'on lui donnât à manger; les selles avaient été régulières les jours précédents; on avait pratiqué déjà une saignée.

» Le lendemain, 30, à la visite du matin, on observa les mêmes symptômes : fièvre médiocrement forte; céphalalgie diffuse et sentiment de courbature dans les membres inférieurs. Le malade demande constamment à manger. On prescrit : tisane pectorale, deux pots, et la diète.

» Dans la journée, le malade continue à demander à manger; il devient de plus en plus bruyant, et tombe dans un délire très violent vers quatre heures du soir.

» 31 juillet. Toute la nuit, délire très bruyant; agitation extrême. Ce matin, même état; le malade ne répond que très rarement aux questions qu'on lui adresse. L'auscultation du thorax ne fait rien connaître d'anormal; abdomen souple; constipation depuis l'entrée; langue humide, un peu blanchâtre; pouls de force à peu près normale, à quatre-vingt-quinze; cœur normal; on a cru entendre un peu de gargouillement dans la fosse iliaque; la pupille n'est pas contractée ni dilatée, mais elle n'est que peu influencée par le passage alternatif de la lumière à l'obscurité; cependant, ses mouvements sont encore bien appréciables; point de convulsions ni de contracture. Deux saignées, dont la première ne peut être que de six onces; la seconde est de quatorze; elle offre un rudiment de couenne; limonade, trois pots; diète.

» 1er août. Même état; le délire du malade porte presque toujours, depuis qu'il a débuté, sur l'argent. Toujours point de lésions de la motilité; les pupilles paraissent encore un peu moins contractiles qu'hier; la face est pâle et déjà très amaigrie; pouls un peu faible, à cent; langue humide et blanche; constipation. On ne peut pas ausculter le thorax, mais la respiration n'est pas gênée. Limonade, deux pots; une saignée et quarante sangsues aux apophyses mastoïdes, ou deux saignées.

» On fait une seconde saignée le soir, les sangsues ne pouvant être appliquées, à cause de l'extrême agitation. Avant la saignée, le malade est dans le même état que le matin, seulement, son pouls est plus faible et plus fréquent; la saignée n'est que de dix onces; une ou deux minutes après qu'elle est pratiquée, il survient quelques convulsions générales qui durent deux ou trois minutes; pendant le même espace de temps, les yeux se tournent, l'un en dedans, l'autre en dehors; après ces convulsions, la face est pâle, excessivement altérée; les yeux deviennent ternes; la respiration est difficile, et se fait par secousses, à de longs intervalles. Cet état persiste en s'aggravant, malgré l'application de sinapismes aux pieds et de frictions de vinaigre sur la face, et le malade succombe un quart d'heure après la saignée. Le sang n'est point couenneux; il se compose presque entièrement d'un caillot assez mou.

» *Autopsie quinze heures après la mort; température de 20°, humide.* — Rien de particulier dans l'aspect extérieur du cadavre.

» *Tête.* — Les glandes de Pachioni sont très nombreuses et très développées vers la réunion du quart antérieur avec les trois quarts postérieurs du cerveau, et à un centimètre et demi du grand sillon longitudinal supérieur; la dure-mère est perforée de chaque côté; les bords de la perforation ne sont ni rouges ni épaissis; ils sont tout à fait comme le reste de la membrane; la perforation elle-même est comme remplie par deux petites concrétions d'une ligne d'épaisseur et de hauteur sur deux lignes de longueur, irrégulières, à surface remplie de petites aspérités, paraissant être de composition calcaire; elles sont adhérentes seulement au feuillet viscéral de l'arachnoïde par un tissu cellulo-fibreux assez résistant. Dans plusieurs points de son étendue, la dure-mère adhère à l'arachnoïde par des prolongements celluleux et par des vaisseaux nombreux qui vont de la première des deux membranes vers la seconde, et dont quelques uns ont un millimètre de diamètre ou même un peu plus; presque toutes ces adhérences ont lieu vers

la convexité, et sont d'autant plus nombreuses que l'on se rapproche davantage de la ligne médiane; quelques unes seulement se trouvent à la base, à la partie postérieure des lobes antérieurs. L'arachnoïde de la convexité, celle des espaces sous-arachnoïdiens, et toute celle qui tapisse le cervelet, offrent une demi-opacité très marquée, sans sécheresse et sans infiltration sous-séreuse. La pie-mère n'offre pas d'injection anormale; elle se détache facilement de la pulpe cérébrale dans toute son étendue; les grosses veines seulement y sont plus nombreuses et plus développées qu'ordinairement. La cavité arachnoïdienne contient environ deux cuillerées et demie de sérosité transparente. La pulpe cérébrale est partout d'une très bonne consistance, sans aucune trace de coloration anormale; la couche la plus superficielle des circonvolutions semble en certains points plus dure qu'à l'état physiologique; cet excès de résistance est bien manifeste sur les couches optiques, qui redeviennent d'une consistance tout à fait normale dès que leur superficie est enlevée seulement dans une épaisseur moindre qu'un millimètre. Les ventricules ne renferment que quelques gouttes de sérosité. Les plexus choroïdes sont décolorés, jaunâtres, et sont comme infiltrés par de petits kystes séreux et transparents. Le cervelet est sain.

» *Thorax.* — Les deux feuillets de la plèvre sont réunis par de vieilles adhérences cellulo-fibreuses assez résistantes; elles existent des deux côtés, mais sont plus nombreuses à droite. Les poumons, les bronches, le cœur et l'origine des gros vaisseaux, examinés avec soin, n'ont rien offert d'anormal, et sont même le type de l'état sain.

» *Abdomen.* — Il en est exactement de même des organes abdominaux. A l'exception de quatre taches d'arborisations rouges qu'on trouve à des distances très éloignées sur l'intestin grêle, et qui n'ont pas plus de quatre lignes en tous sens, il est impossible de rien découvrir d'anormal, l'estomac et les deux intestins sont fortement contractés, et la fin de l'iléon, près de sa terminaison, peut à peine admettre le petit doigt; aussi la muqueuse gastrique et intestinale fait-elle des duplicatures extrêmement prononcées dans sa cavité. La vésicule est remplie par une bile brun-verdâtre, de consistance physiologique. » (H. de Castelnau, *Études de clinique médicale*, inédites.)

Quoique l'individu qui fait le sujet de cette observation s'énivrât de temps en temps, on ne saurait cependant voir dans sa maladie un délire alcoolique; jamais le délire de cette nature ne débute d'une manière aussi violente pour la première fois, sans avoir auparavant débuté par quelques préludes; en outre il ne suit pas la marche qu'a suivie celui-ci et s'accompagne presque constamment de tremblement quand il existe à un degré aussi prononcé, ce qui n'a point eu lieu chez Lefrançois. La véritable cause de ce délire est probablement l'émotion que le malade a éprouvée par la perte de son argent, et cette opinion trouve une confirmation dans l'objet même sur lequel portait le délire.

Maintenant y a-t-il eu pendant la vie des lésions anatomiques qui ont disparu après la mort? personne ne pourrait l'affirmer, et jusqu'à ce qu'on le puisse, il faudra ranger ce fait parmi les *délires nerveux* que la plupart des auteurs continuent encore à admettre.

Est-il possible de déterminer pendant la vie si l'on a à faire à un délire symptomatique ou à un délire sans lésions matérielles? les auteurs n'ont guère agité cette question. D'après les cas que nous avons rapportés, et particulièrement d'après l'observation de Lefrançois, chez qui le délire a été plus particulièrement idiopathique, il semblerait que l'absence de convulsions coïnciderait avec cette forme de délire; mais outre que les convulsions manquent assez souvent dans la méningite, et même dans l'encéphalite, quoi qu'on en ait dit, les observations ne sont pas assez nombreuses pour donner la certitude que cette absence de convulsions est une règle absolue, ou même très générale. Ces difficultés bien entendu cessent presque complétement dans les cas où les antécédents des malades et la co-existence d'un tremblement mettent sur la voie d'un délire alcoolique dont nous n'avons voulu que faire mention ici.

Quant au traitement qui convient le mieux au délire idiopathique, il est encore

à trouver. L'opium à haute dose a souvent eu d'excellents effets, mais presque toujours, il s'est agi dans ces cas de délires développés sinon complétement sous l'influence des excès alcooliques, au moins chez des individus qui se livraient plus ou moins fréquemment à ces excès, et chez lesquels par conséquent, l'action de cette cause était probable. Tel est le cas suivant que nous devons encore à M. de Castelnau et par lequel nous terminerons ce que nous avons à dire du délire idiopathique.

« Obs. 3. *Délire aigu paraissant développé sous l'influence des excès alcooliques. — Administration de l'opium à haute dose. — Guérison prompte.*

» Audibert, Jean, âgé de trente-deux ans, journalier, cheveux chatains-foncés, yeux bruns, peau brune, taille ordinaire, système musculaire assez développé, est entré à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, lit n° 8, le 26 août 1841.

» Ce sujet, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, se livrant à de fréquents excès de boisson, venait de faire une débauche qui avait duré quatre ou cinq jours, lorsque, le 21 au soir, il fut pris de malaises et de frissons qui durèrent toute la nuit; le lendemain, il éprouva une céphalalgie assez vive; ces frissons, y compris les autres symptômes, persistèrent et augmentèrent même jusqu'au 26, jour où le malade entra à l'hôpital. Il était alors dans l'état suivant : faciès non abattu, un peu animé, yeux un peu brillants; réponses brèves et lèvres pincées dans la parole; céphalalgie vive; point de bourdonnement d'oreilles; point de titubation; langue humide, un peu blanche; un peu de râle sibilant en arrière des deux côtés; presque point de toux. Abdomen souple, non douloureux; constipation depuis quelques jours; pouls de force ordinaire, plutôt mou que dur, à 80; frissons presque continuels par tout le corps.

» 27 Août. Le même état persiste; on ne trouve plus de râle sibilant; la céphalalgie et les frissons sont les seuls symptômes qu'on observe; la peau n'est pas chaude; le pouls est toujours un peu mou et peu fréquent. — Limonade, deux pots; 30 sangsues aux apophyses mast. Diète.

» 28. Même état, l'expression de la face est plus animée, les lèvres sont plus contractées pendant que le malade parle, soif très vive. — Même prescription. — Le malade ne se laisse point mettre les sangsues, n'éprouvant pas de très grand mal. L'animation de la face augmente, et le soir il se déclare un délire furieux qui persiste toute la nuit.

» 29. Délire au même degré, mais point furieux; de temps en temps le malade répond juste aux questions; rire sardonique pendant les réponses et dans le délire; même état pour tout le reste. — Même prescription. — Les 30 sangsues sont appliquées et saignent assez abondamment.

» 30. Exactement même état, seulement la soif, qui était déjà considérable, depuis deux ou trois jours, est devenue excessive; le malade boit presque continuellement. Les pupilles sont étroites, mais se contractent bien sous l'influence de la lumière; les yeux sont très brillants; lorsqu'on fait tendre la main, il y a un peu de tremblement; tout le reste à l'état normal; le pouls est large, mou, à 80; la peau est fraîche lorsque le malade ne s'agite pas trop. — Chiendent, 3 pots; julep gommeux avec hydrochlorate de morphine, 10 centigrammes; lotion sur la face, le front et les tempes, avec quatre parties d'eau et une de vinaigre.

» 31. Hier au soir, le pouls avait cent pulsations. La potion a été prise tout entière dans les premières douze heures; ce matin, délire moins bruyant, quoique toujours continuel; cependant de temps en temps, le plus souvent même, il répond assez juste aux questions qu'on lui adresse. Dans la nuit, l'agitation a été beaucoup moindre que la veille; la pupille est très étroite, mais se dilate bien lorsqu'on la met dans l'obscurité. Le matin, il paraît y avoir eu un peu de sommeil; langue humide, à très léger enduit blanchâtre; constipation; soif très vive; urines normales, pouls assez large, souple, à 75. — Hydrochlorate de morphine, 5 centigrammes. Le soir, aucun accident de narcotisme n'existant et l'amélioration se prononçant, on prescrit encore 5 centigrammes d'hydrochlorate.

» 1er Septembre. Le délire, qui était déjà beaucoup moindre hier au soir, s'est

graduellement dissipé dans la nuit, et ce matin l'intelligence est à peu près normale ; le malade est parfaitement calme ; point de céphalalgie ; pupilles normales ; peu d'abattement ; sommeil presque toute la nuit ; point d'assoupissement ; toujours léger tremblement dans les mains lorsqu'on fait tendre les bras ; appétit prononcé ; constipation ; urines normales. — Limonade, 3 pots ; julep gommeux avec hydrochlorate de morphine, un centigramme. Bouillons.

» 5. L'amélioration a été en croissant rapidement ; le 2, le malade a mangé 1/8e le 3, le 1/4, le 5, les 3/4. Depuis le 2, les garderobes se sont rétablies régulièrement ; la soif a beaucoup diminué. Les pupilles sont exactement dans le même état que les jours où l'on a administré l'opium. Il existe toujours le léger tremblement des mains dans la tension des membres supérieurs. Toutes les fonctions sont à l'état physiologique.

» Le malade demande à sortir. » (H. de Castelnau, *Études de clinique médicale*, inédites.)

ARTICLE XI.

Appendice. Résumé sur le traitement général des maladies aiguës de l'encéphale.

Après avoir étudié chacune des maladies de l'encéphale qui se présentent le plus souvent sous la forme aiguë, il ne sera pas inutile de reproduire le résumé général suivant, par lequel M. Rostan termine ou commence ordinairement ses leçons si remarquables sur ces maladies :

« De tout temps les médecins se sont occupés de ce grave sujet ; mais comme cette classe de maladies n'était pas bien connue, comme bien souvent on s'attachait aux symptômes sans remonter à la cause, il s'en suivit que les moyens employés pour les combattre étaient ordinairement empiriques et souvent irrationnels. Ce n'est que depuis que les travaux des modernes, depuis que nous-même, avec le concours de M. Rochoux, et d'autres observateurs, ayant sérieusement étudié cette branche de la pathologie, nous avons établi d'une manière assez précise les caractères essentiels et différentiels des affections qui s'y rattachent, que leur traitement a pu aussi devenir logique et rationnel.

» Parmi les moyens qu'on peut employer à combattre ces affections, celui qui tient le premier rang est, à juste titre, la saignée, soit générale, soit locale. Ainsi, quand on aura à traiter une hémorrhagie cérébrale, ou elle est légère, et une médication à peu près expectante, telle que boissons délayantes, diète, etc., pourra suffire, ou elle est moyenne, et, à plus forte raison, grave, et alors il faudra recourir immédiatement aux émissions sanguines, qu'on proportionnera aux forces et à l'âge du malade, et à l'intensité de la maladie. Il est difficile, impossible même, de tracer des règles à cet égard ; on peut seulement dire que les saignées devront être plus abondantes dans le cas de méningite, ou méningo-encéphalite franche, que dans les cas d'hémorrhagie. L'expérience a mis hors de doute ce principe de thérapeutique. Maintenant, comment pratiquera-t-on ces saignées ? Ici les praticiens ne sont guère d'accord ; il y en a qui préfèrent les saignées du pied ; car, disent-ils, de cette manière elles sont plus révulsives, et contribuent plus efficacement à dégorger les vaisseaux du cerveau. Quant à nous, il y a longtemps que cette prétendue efficacité révulsive des saignées du pied est hypothétique ; nous l'avons employée très souvent concurremment avec les saignées du membre supérieur, dans le but d'en faire un parallèle, et nous n'avons jamais pu y reconnaître une supériorité, de sorte que nous avons adopté pour principe de saigner ordinairement au bras, et nous nous en sommes toujours bien trouvé.

» Ne pourrait-on pas, dans les cas très graves, saigner plus efficacement en ouvrant la veine jugulaire ? Pendant longtemps cette espèce de saignée fut reconnue très utile et pratiquée, et nous-mêmes fûmes aussi du même avis ; mais si on considère, d'un côté, que pour arrêter le sang qui s'écoule de cette grosse veine ouverte, il faut appliquer un bandage circulaire autour du cou, suffisamment serré, ce qui peut favoriser la congestion cérébrale au lieu de la résoudre ; si on réfléchit au danger de l'introduction de l'air dans cette veine, et aux accidents terribles qui peuvent en résulter, mis désormais hors de doute par les expériences multipliées de M. Amussat, on verra qu'on a eu raison

de l'abandonner. Après les saignées générales répétées, selon les circonstances, plus ou moins, viennent les saignées locales procurées à l'aide des sangsues et des ventouses. Dans quelle partie du corps faut-il les appliquer? Ici encore les avis des médecins sont partagés. Les uns (et ce sont les partisans des saignées révulsives) veulent qu'on les applique de préférence sur les parties éloignées de la tête, pour produire la prétendue révulsion; nous, avec beaucoup d'autres praticiens judicieux, avons l'habitude de les appliquer derrière les oreilles, et le résultat nous a paru très satisfaisant, et même plus immédiat que dans la pratique contraire. Voilà la médication souveraine, capitale, sur laquelle plus que sur toute autre on devra compter dans le traitement de ces graves affections; voilà la médication sur l'efficacité de laquelle aucun médecin vraiment praticien n'élève aujourd'hui le moindre doute; car nous ne regardons pas comme des praticiens ces médecins qui, raisonnant d'après des lois purement physiques, nient l'efficacité des saignées dans ces maladies, et pensent même qu'elles peuvent être plus préjudiciables en ce sens qu'en désemplissant les vaisseaux du cerveau, elles y produisent un vide qui doit être nécessairement occupé par de l'autre sang, qui y affluera avec violence. Ce sont là de beaux raisonnements théoriques, que la pratique au lit des malades renverse entièrement, et qui ne peuvent sortir que de la tête de médecins purement physiciens.

» 2° Après les saignées viennent comme adjuvants dans la période aiguë de la maladie les boissons délayantes et rafraîchissantes; elles servent vraiment à délayer le sang, en ce sens qu'elles lui ôtent cette plasticité, cet excès de fibrine qui le rend plus apte à congestionner les vaisseaux.

» 3° En troisième lieu, nous mentionnerons les laxatifs et les purgatifs, qui aujourd'hui sont généralement employés dans ce genre d'affections; nous sommes entièrement de cet avis. Ces moyens, indépendamment de la déplétion et de la dérivation qu'ils exercent sur le canal intestinal, aussitôt absorbés, produisent un effet général d'hyposthénie en introduisant dans le sang des principes capables, mieux encore que les boissons simplement délayantes, de diminuer la plasticité et l'état fibrineux du sang. Je crois qu'il faut donner de préférence ceux qui agissent spécialement sur le rectum, et on pourra les administrer soit par la bouche, soit en lavements.

» Il y a eu des médecins qui ont préconisé beaucoup l'usage de l'émétique. Portal en parle longuement dans ses ouvrages, et en était un chaud partisan. Il disait que les vomissements étaient très utiles en agissant aussi un peu comme les révulsifs. Nous repoussons cette pratique comme dangereuse plutôt qu'inefficace; car les efforts faits par les malades pour vomir doivent appeler le sang à la tête au lieu de l'en détourner, et augmenter de cette manière l'hémorrhagie ou l'inflammation déjà existante. Néanmoins, s'il y a plénitude d'estomac, par exemple, d'aliments ou de boissons, on pourra peut-être, s'il n'est pas d'autres contre-indications, administrer un vomitif pour débarrasser cet organe, et encore atteindra-t-on mieux ce but par l'usage de quelque boisson digestive, telle qu'une infusion légère de thé ou de tilleul, sans s'exposer aux dangers susmentionnés. Au reste, vous savez que les anciens admettaient une apoplexie dite *crapuleuse*, à laquelle étaient sujets ceux qui s'adonnaient aux excès de la table, et c'est dans ce genre d'apoplexie surtout qu'ils prônaient l'emploi de l'émétique. Nous venons d'exposer notre manière de voir à cet égard.

» 4° Un des moyens qu'on pourra appeler hygiénique, et qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est la position convenable du malade. Il doit être placé de manière, dans son lit, que sa tête soit élevée. Les avantages de cette position ont été bien connus et expliqués surtout dans ces derniers temps, depuis qu'on a bien apprécié l'influence des lois de la pesanteur sur l'organisme. Déjà Bichat, avec son profond jugement, avait vu les grandes applications pratiques de ces connaissances physiques, et avait appelé sur ce sujet l'attention des médecins, et c'est après lui qu'on s'en est si utilement occupé. A la position élevée de la tête, il faut joindre la coupe des cheveux s'ils sont trop longs, et l'usage des coussins mous et remplis de balle d'avoine, pour que la tête ne s'é-

chauffe pas par leur contact, comme il arrive avec les coussins ordinaires de laine.

» 5° Un moyen accessoire, puissant, ce sont les réfrigérants appliqués sur le front. Tous les praticiens généralement en font usage, et nous nous en sommes toujours bien trouvé. On peut employer des compresses trempées dans l'eau froide ou l'eau légèrement vinaigrée, qu'on renouvelle souvent à mesure qu'elles s'échauffent, ou de la glace pilée qu'on applique sur le front, renfermée dans une vessie de porc, etc. Nous donnons pourtant la préférence aux irrigations continues, toutes les fois qu'on peut les diriger et les surveiller convenablement. C'est un moyen qui est employé aussi avec beaucoup de succès en chirurgie dans les cas de fractures compliquées, d'écrasement des membres, etc. Le procédé que nous employons est le même; je ne m'arrêterai pas à vous le décrire, car vous devez déjà le connaître. Malheureusement il n'est guère facile de l'employer dans les hôpitaux, car il faut une surveillance continuelle, il faut une garde-malade attachée au lit du malade qui subit ce traitement, pour que le filet d'eau qui tombe sur le front ne soit pas dérangé, ne cesse pas de couler, et que toute réaction inflammatoire soit prévenue; mais dans la pratique civile, où on peut facilement avoir cette assistance continuelle, c'est un moyen qu'on ne doit pas négliger dans des cas de cette nature.

» 6° Enfin les révulsifs aux extrémités constituent d'assez bons adjuvants unis aux autres.

» Voilà les moyens qui constituent à peu près le traitement des hémorrhagies graves et moyennes, et de la méningo-encéphalite dans la période aiguë.

» Lorsque la maladie dure un certain temps sans se résoudre, et qu'on peut la considérer comme un peu chronique (l'état aigu étant dompté), on a recours à d'autres moyens. Ce sont :

» 7° Les révulsifs cutanés puissants, tels que les vésicatoires, les moxas, les sétons, les cautères, etc., qu'on applique sur différentes parties du corps, mais principalement à la nuque, derrière les oreilles, sur les tempes, etc. Ces moyens favorisent l'absorption interstitielle et la résolution de ce qui reste de la maladie.

» 8° Que doit-on penser de l'action de la strychnine dans les affections cérébrales? Il y eut une époque (et elle est bien près de nous) où ce médicament était regardé comme tout-puissant contre les phénomènes consécutifs des maladies aiguës du cerveau, tels que la paralysie, etc. Certains médecins ayant remarqué que l'usage du strychnos donnait lieu à des secousses, à des mouvements plus ou moins énergiques dans les membres, on a cru que lorsque ces mouvements sont abolis ou diminués, la strychnine pourrait les rétablir dans leur état normal. On fit des expériences multipliées à cet égard, et un médecin physiologiste lut un mémoire fort long à l'Académie de médecine sur l'efficacité de cet agent dans les cas de paralysie. L'époque arriva où nous et d'autres expérimentâmes aussi de notre côté sur l'action de ce prétendu remède héroïque, et nous vîmes qu'on avait beaucoup exagéré sa puissance, et c'était bien facile de le comprendre, même *à priori*, puisque très souvent la cause de la paralysie (qui est ordinairement un effet pur et simple d'une affection du centre nerveux) a pour cause l'existence dans le cerveau d'un cancer ou d'un tubercule, etc. Or, ces maladies ne pouvaient pas être guéries par l'usage de la strychnine, qui est absolument incapable de réparer des altérations organiques profondes. Ainsi, notre opinion à cet égard est assez bien arrêtée; néanmoins, je ne me refuse point à l'ordonner dans les cas où tous les autres moyens connus ont échoué, et quand cela sourit à quelque honorable confrère qui traite avec moi ces graves affections.

» 9° L'électricité enfin est aussi employée et prônée depuis quelques temps dans le traitement des maladies chroniques des centres nerveux. On peut appliquer à ce moyen les mêmes réflexions que nous venons de faire sur la strychnine, on en a singulièrement exagéré l'efficacité. Il y a trente ans, Hallé fut chargé par l'Académie des sciences de faire un rapport avec un de ses collègues sur l'utilité de cet agent thérapeutique dans la paralysie. Ces médecins prirent cinquante et un paralytiques qu'ils soumirent à l'électricité. Qu'en résulta-t-il; que parmi ces malades les uns furent soulagés par l'élec-

tricité, d'autres n'en tirèrent aucun avantage marqué, et d'autres en éprouvèrent des effets contraires. Cela devait être, et les médecins rapporteurs conclurent que l'électricité était utile dans certains cas de paralysie et inutile ou dangereuse dans certains autres. Mais ils ne déterminèrent pas ces cas différents ; ils n'établirent pas des caractères distinctifs et différentiels des paralysies, parce qu'ils ne remontèrent pas aux causes morbides de ces paralysies ; de là il résulte qu'on ne sut tirer aucune règle pour l'application de l'électricité dans ces affections. Nous procédons maintenant bien différemment dans le diagnostic de ces affections, et nous arrivons à un diagnostic local bien plus exact que nos prédécesseurs, par conséquent nous pouvons aussi mieux connaître les cas où l'électricité peut être indiquée, et les cas contraires, et nous marchons dans notre thérapeutique d'un pas plus assuré.

» Nous ne nous arrêterons pas à parler des eaux de Barèges, de Plombières, etc., qui sont conseillées souvent aux pauvres paralytiques, lorsque toutes les autres ressources de l'art ont été inutilement mises à contribution. Nous croyons qu'au fond ces eaux ne peuvent pas faire grand' chose, mais elles peuvent être utiles dans ce sens que les malades sont obligés de changer de climat, de voyager, etc., ce qui peut exercer une influence salutaire.

» Il nous reste à dire quelques mots du *traitement préservatif* des maladies dont nous nous sommes jusqu'ici occupé. Nous pensons qu'il y a des préceptes très utiles à suivre à cet égard, mais ce ne sont pas les poudres du docteur Arnaud, ni autres espèces d'amulettes semblables enfantées par le charlatanisme et soutenues par l'ignorance, qui peuvent préserver des affections cérébrales, principalement ceux qui déjà en ont à souffrir. Portal proposait une foule de moyens préservatifs ; nous voyons que les meilleurs sont ceux fournis par une sage hygiène ; ainsi les personnes qui ont déjà éprouvé de ces maladies ou qui ont une tendance à en avoir, doivent se tenir à un régime ténu, peu nourrissant, faire usage d'une nourriture plutôt végétale et des boissons rafraîchissantes et délayantes ; se soustraire soigneusement à l'action du soleil ardent et d'un froid intense ; se mettre, autant qu'il est possible, à l'abri des contrariétés et des émotions vives de quelque espèce que ce soit ; ne pas se livrer à des travaux d'esprit trop sérieux et prolongés ; enfin coucher la tête nue, sur des coussins souples et frais, etc. » (Rostan, *Gaz. des hôpitaux*, 8 août 1843.)

ARTICLE XII.

De l'hypertrophie générale du cerveau.

Les exemples d'hypertrophie cérébrale partielle et purement locale qui se trouvent depuis longtemps inscrits dans les ouvrages d'anatomie, n'ont offert qu'un intérêt médiocre aux pathologistes, et jamais avant la mort des individus l'existence d'un pareil vice de conformation n'avait été soupçonné. Bien que l'on eût aussi remarqué assez communément l'ampleur considérable que présentent les circonvolutions, et même toute la masse cérébrale, sur certains sujets, comme les dimensions de l'encéphale peuvent varier dans des proportions presque infinies, non seulement sur l'espèce humaine, mais encore sur les animaux, suivant l'âge, la taille, le sexe, la constitution des individus, jamais ce développement extraordinaire des grands centres nerveux n'avait excité vivement l'attention des médecins, et ce n'est guère que depuis quelques années que l'on a commencé à soupçonner que l'hypertrophie générale des lobes cérébraux pourrait bien constituer une maladie provoquée par la supernutrition de l'organe et se manifester au dehors par une lésion de fonctions, une série d'accidents, en un mot par un groupe de symptômes spéciaux. Il faut bien le reconnaître, les recherches qui commencent sont souvent plus propres à exciter le doute qu'à faire naître dans l'esprit une véritable conviction ; et l'on conçoit que M. le professeur Rostan, après avoir pratiqué un nombre considérable d'autopsies sans rencontrer l'hypertrophie du cerveau, ait été tenté encore, à l'époque où il publia son *Cours de clinique*, de reléguer cette maladie parmi celles dont l'existence est douteuse. Ce professeur, auquel l'anatomie pathologique du cerveau doit de si belles recherches, dit que dans certains cas l'encéphale semble faire saillie hors du crâne.

« Les membranes, dit-il, sont distendues; lorsque l'on incise la dure-mère, le cerveau, comme boursouflé, se présente, distend l'ouverture et s'échappe au dehors; les circonvolutions sont volumineuses, larges, parfois déprimées, aplaties. Mais, sans nier la possibilité de l'hypertrophie cérébrale, nous ferons observer que cet état nous a toujours paru consécutif. On le rencontre, en effet, dans les encéphalites au premier degré, et aussi dans la période d'épanchement, dans la congestion cérébrale primitive ou consécutive, dans l'hémorrhagie, dans les hydrocéphales, enfin dans tous les cas où les cavités, ou bien la substance cérébrale elle-même, contiennent une certaine quantité de fluide sanguin ou autre. » (Rostan, *Cours de méd. cliniq.*, t. II, p. 305.) Mais ces caractères anatomiques, au dire des médecins qui ont eu l'occasion de les décrire, et qui les ont les premiers signalés à l'attention des observateurs, ne sauraient constituer les signes matériels d'une nouvelle affection maladive; et Dance et M. Andral, qui ont recueilli beaucoup de matériaux sur l'hypertrophie diffuse du cerveau, assignent cependant à cet état pathologique des caractères que nous avouons ne convenir à aucun autre état morbide de la substance nerveuse. Depuis que ces auteurs ont publié leurs observations, l'étude attentive des affections saturnines a confirmé cette opinion. En effet, dans l'hypertrophie cérébrale générale, il n'y a pas seulement excès dans le volume, exubérance dans la matière; les circonvolutions ne sont pas seulement amples, pressées, tassées les unes sur les autres et plus ou moins aplaties; les cavités ne sont pas seulement effacées, la masse cérébrale tout entière n'est pas seulement à l'étroit dans la cavité crânienne, comme étranglée par les méninges; mais encore la sérosité manque, en général, complétement vers l'encéphale; les membranes, la substance nerveuse sont dans un état évident de sécheresse; non seulement il n'y a pas, au moins pour l'instant, afflux des fluides, du sang, en particulier, mais les tubes vasculaires sont vides, les substances blanche et grise décolorées, et quelquefois même en partie confondues, tant elles sont pâles et uniformes dans leur aspect. Leur consistance est notablement augmentée, on dirait même qu'il y a une altération de nature; car, avec la densité et l'élasticité du blanc d'œuf durci par la coction, de la pâte de guimauve desséchée, le tissu nerveux offre quelque ressemblance avec la matière des cartilages. Dans un cas publié par le docteur Burnet, « le cerveau paraît peser deux fois autant qu'un cerveau pris pour comparaison chez un enfant du même âge. Il est d'une consistance extraordinaire; il résiste légèrement au tranchant du scalpel; sa coupe est nette, pâle, polie et luisante, etc. » (N° 58, *Journal hebdomadaire de médecine*, p. 266.) On est frappé dans les descriptions de Dance et de M. Andral de la répétition constante des mêmes désordres. Dans une observation déjà ancienne, et dont on est redevable à M. Scoutetten, le cerveau paraît ressembler sous tous les rapports à un cerveau sain; mais, bien qu'appartenant à un sujet âgé seulement de cinq ans et demi, il a acquis le développement d'un cerveau d'adulte fortement constitué. Dans cette circonstance, il n'existe point de disproportion entre le volume de l'organe et la capacité de la boîte osseuse qui le contient : le crâne s'est développé dans les mêmes proportions que l'encéphale. Il n'en est pas ainsi dans les observations d'hypertrophie cérébrale qui ont été recueillies sur des sujets déjà avancés en âge. Dans tous les cas, les dimensions du crâne n'ont subi aucune augmentation; et même chez un enfant de neuf ans, qui fait le sujet de la quatrième observation d'hypertrophie du cerveau, de M. Andral (*Cliniq. méd.*, t. VIII, p. 613), les parois du crâne présentaient l'aspect qu'elles offrent ordinairement à cette époque de la vie. Il importe beaucoup de retenir cette différence qui peut exister dans les dimensions de la tête des sujets affectés d'hypertrophie du cerveau, car elle doit entraîner nécessairement une différence dans l'expression fonctionnelle de la maladie. Personne n'ignore qu'il n'est indifférent ni à la manifestation de l'intelligence, ni à l'exercice de la sensibilité et des mouvements, que le cerveau soit ou non comprimé dans un espace étroit. Aussi, le jeune sujet observé par M. Scoutetten succomba à une affection

intestinale, et ne présenta aucun symptôme cérébral particulier; l'intelligence n'était pas trop ou trop peu développée; le poids de la tête paraissait seulement entraîner des chutes assez fréquentes lorsque le malade se déplaçait avec trop de précipitation. Il est vrai de dire que ce fait ne peut guère être considéré comme un cas d'hypertrophie, d'après la signification qu'on attache actuellement à ce mot, car il n'y avait point de modification dans la *texture* de l'organe, ce qui est d'un caractère constant dans toutes les hypertrophies possibles.

Symptômes. — Dans les cas où cette hypertrophie a paru accidentelle, où il semble que la nutrition ait forcé le volume de la masse cérébrale, comme elle augmente le tissu charnu du cœur dans les cas d'anévrisme actif de ses ventricules, par exemple, les conditions des facultés intellectuelles varient infiniment. Quelques sujets conservent une raison saine jusqu'à la mort, d'autres offrent tout au plus quelques troubles d'esprit à la suite des accès de céphalalgie, d'épilepsie, à la suite de convulsions qui les jettent dans un état de fatigue voisin de la stupeur; quelques uns, surtout lorsque l'hypertrophie a fait des progrès, tombent dans la démence ou dans le délire. On remarque aussi de l'accablement, de la tristesse, un éloignement prononcé, ou au moins une grande indifférence pour les choses de la vie. Toutefois, comme les malades que nous étudions sont affectés de convulsions ou d'épilepsie, maladies qui entraînent d'une manière à peu près constante des désordres pour le moins aussi graves dans l'intellect, les accidents que nous venons de signaler sont de trop peu de valeur pour le diagnostic.

L'hypertrophie cérébrale s'accompagne presque toujours de maux de tête. Ce symptôme débute souvent le premier, et il dure depuis plusieurs années lorsque l'ensemble des accidents commence à inspirer quelques craintes. Les douleurs sont continues, rémittentes et intermittentes. Dans les deux derniers cas, les exacerbations ou le retour des accès peuvent présenter une intensité, une violence telles, que le sujet ne peut contenir ses cris, qu'il s'agite malgré lui, qu'il demeure couché, fuyant le contact de ses semblables et redoutant le bruit, le plus léger mouvement.

Les convulsions constituent un caractère à peu près constant dans l'hypertrophie cérébrale accidentelle. Ces convulsions offrent l'aspect, la durée instantanée, la marche irrégulière de l'épilepsie, ou bien elles n'ont aucun caractère déterminé, positif, se présentant sous la forme vague de contractions musculaires, qui affectent pendant un temps illimité un bras, les deux bras, un seul côté du corps, la face, les quatre membres. Dans quelques circonstances, surtout vers la fin de la maladie, les phénomènes convulsifs deviennent à peu près continus, redoublent par crises, s'accompagnent d'un état comateux avec ou sans perte de connaissance, ou bien éclatent simplement par accès qui inspirent la plus grande frayeur aux malades. Quelques individus tiennent difficilement le corps et les membres en équilibre, et semblent comme affectés d'un commencement de paralysie générale; mais c'est le plus petit nombre; la forme épileptique est à beaucoup près la plus fréquente.

L'état des sens est incertain. Pendant les accès de convulsions, d'espèce de migraine, la vue et l'ouïe peuvent être troublées, le toucher est quelquefois obtus ou douloureux, l'odorat et le goût sont peu actifs; mais ces phénomènes sont très variables et manquent souvent.

D'après plusieurs auteurs, le développement de l'hypertrophie du cerveau marcherait avec lenteur. Le plus grand nombre des malades, jusqu'ici observés, auraient souffert pendant plusieurs années. D'abord les fonctions organiques sont à peine troublées, il se manifeste tout au plus des envies de vomir pendant les accès de migraine; la peau n'est plus chaude, le pouls est plutôt ralenti qu'accéléré; les sujets peuvent continuer, quoique avec une certaine peine, à se livrer au soin de leurs affaires qu'ils finissent par abandonner au fur et à mesure que l'ensemble des accidents que nous venons de passer en revue acquiert plus d'intensité. Le mal a-t-il fait des progrès considérables? le moindre déplacement est pénible; le malade, sans cesse obsédé par un phénomène ou par un autre, ne traîne plus qu'une vie pénible,

et qui peut bien échapper à chaque instant. Tantôt la mort a lieu pendant une crise convulsive, tantôt pendant une syncope imprévue; tantôt l'agonie ne vient que graduellement avec tous les signes d'une hydrocéphale portée au plus haut degré. Cependant une maladie cérébrale incidente, une affection du centre de la poitrine, peut emporter le sujet prématurément, et empêcher l'hypertrophie de parcourir toutes ses périodes.

Cette marche est peut-être celle que l'hypertrophie affecte plus souvent lorsqu'elle reconnaît une autre cause que l'intoxication saturnine; mais dans les cas nombreux d'hypertrophies produites par cette dernière cause, il est certain que la marche la plus fréquente est celle où, après quelques vagues et faibles symptômes encéphaliques, les convulsions épileptiformes se déclarent brusquement et violemment, et entraînent la mort en quelques jours; lorsque la maladie se termine par la guérison, ce qui est rare, le malade peut rester longtemps sans éprouver de nouveaux symptômes, ou même toute la vie, s'il cesse de travailler au plomb; mais ordinairement, après une intermittence à peu près complète et plus ou moins prolongée, les accidents reviennent comme nous l'avons dit ci-dessus, pour se terminer presque toujours cette fois d'une manière fatale.

Le *diagnostic* de l'hypertrophie accidentelle de l'encéphale présente souvent les plus grandes difficultés, surtout quand elle n'est pas la suite de l'intoxication par le plomb; la longue durée de la maladie, sa marche lente et graduelle, l'absence de toute réaction du côté du cœur et de la peau, l'absence d'une paralysie locale, la manière dont s'enchaînent la céphalalgie, les lésions de l'intelligence et les phénomènes convulsifs, qui sont presque constamment généraux, sont les caractères qu'on a donnés comme les plus propres à distinguer cette affection cérébrale, de l'encéphalite et de l'hydrocéphale aiguë, du ramollissement local de l'encéphale, d'une hémorrhagie, d'un abcès enkysté local. Le tubercule, le squirrhe, toutes les tumeurs, lesquelles occupent un espace circonscrit, finissant aussi, d'après quelques auteurs, par déterminer presque toujours des lésions spéciales, limitées dans les mouvements des membres, doivent éloigner le soupçon d'une hypertrophie des deux hémisphères cérébraux. Mais dans l'épilepsie, dans les phlegmasies lentes de l'encéphale et des méninges, dans les cas où un produit accidentel lentement formé, comprime une partie du cerveau placée sur la ligne médiane, ou à la fois les deux moitiés de cet organe, l'on peut noter des douleurs de tête, des convulsions générales, la perte graduelle des facultés intellectuelles, sans que le volume de la masse nerveuse contenue dans le crâne, soit ou au moins paraisse augmenté. On doit donc, au lit du malade, mettre la plus grande réserve dans le diagnostic.

Causes. — A part les cas où l'hypertrophie cérébrale est produite par l'action lente des préparations de plomb, on a toujours ignoré, jusqu'à présent, la cause qui avait pu la produire; elle a été observée sur les deux sexes, et dans tous les âges, ou au moins, quant à l'hypertrophie non saturnine, sur des individus âgés de près de quarante ans. Attribuer l'espèce d'hypernutrition qui s'établit dans les cas dont il s'agit à un afflux de sang, particulièrement à celui qui s'établit à la suite des convulsions, c'est oublier, d'une part, que cet afflux est poussé très loin chez tous les épileptiques ordinaires, chez les aliénés atteints de paralysie générale avec convulsions, sans que cependant, chez ces individus, l'hypertrophie des centres nerveux se développe, et d'une autre part, que les phénomènes convulsifs sont certainement, dans beaucoup de cas au moins, consécutifs et non antérieurs à l'hypertrophie.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans les observations qui ont été publiées, dans ces derniers temps, sur l'hypertrophie cérébrale, le cervelet est demeuré presque toujours étranger à l'augmentation de volume du cerveau.

Traitement. — Les difficultés du diagnostic, jointes à l'ignorance des causes qui produisent l'hypertrophie, rendent à peu près inutile toute discussion relative au traitement. En l'absence d'un diagnostic positif, on est à peu près constamment réduit à diriger les moyens de traitement contre quelques symptômes prédominants, tels que la céphalalgie, les étourdissements, etc. Alors même qu'on soupçonne

l'existence de l'hypertrophie, on est très embarrassé pour empêcher l'hypernutrition de continuer ses progrès. Les saignées répétées, l'application d'exutoires autour de l'encéphale, à la nuque, les boissons aqueuses, un régime débilitant, l'abstention de tout travail intellectuel, moyens qu'on a conseillés, remplissent bien rarement le but auquel ils sont destinés, puisque nous avons vu que l'hypertrophie se termine toujours, ou à peu près, par la mort.

Nous exceptons toujours de la catégorie générale de l'hypertrophie celle qui est produite par l'intoxication saturnine, et dans laquelle le traitement de la colique de plomb, combiné avec celui indiqué ci-dessus, ou même simplement seul, produit quelquefois les plus heureux résultats.

ARTICLE XIII.

Atrophie du cerveau.

Nous avons suffisamment insisté ailleurs sur les cas d'atrophie congénitale du cerveau (*Mal. des enf.*, t. VI, p. 68), autrement appelée agénésie cérébrale. Nous n'avons donc à nous occuper ici que des cas d'atrophie accidentelle, et même, parmi ces cas, de ceux où l'atrophie n'a pas empêché les malades d'arriver à un âge adulte ou adolescent. Les cas de ce genre sont assez rares, et encore voit-on que dans la plupart d'entre eux la lésion qui a occasionné l'atrophie remonte presque toujours à l'enfance, sinon à la naissance.

Lorsque la vie s'est prolongée au-delà de l'enfance, l'atrophie n'a jamais existé que d'un seul côté; elle peut d'ailleurs se présenter à divers degrés, et être produite par diverses causes, mais ordinairement, elle n'est qu'une conséquence, une suite d'autres maladies qui doivent appeler l'attention bien avant l'atrophie elle-même, laquelle n'est réellement qu'un symptôme. Les trois observations suivantes, que nous empruntons à M. Andral, donneront une idée suffisante des formes sous lesquelles se présente cette atrophie.

« Obs. 1. *Absence de toute la masse nerveuse située au-dessus du ventricule latéral droit, à l'exception de la partie de cette masse qui est en avant du corps strié. Conformation normale du crâne. Lésion du mouvement dans les membres gauches. Intégrité de l'intelligence. Tubercules pulmonaires.*

» Un homme, âgé de vingt-huit ans, tomba, à l'âge de trois ans, d'un premier étage dans la rue; sa tête porta; à la suite de cette chute, il resta paralysé du côté gauche. Peu à peu il s'établit une forte extension habituelle du pied gauche sur la jambe, de telle sorte que cet homme ne marchait à gauche que sur la pointe du pied. Le membre thoracique gauche était complétement privé de mouvement. Il n'offrait d'ailleurs aucune trace de contracture. Cet individu avait reçu de l'éducation, et il en avait profité; il avait une bonne mémoire, sa parole était libre et facile, son intelligence était celle du commun des hommes, il n'avait jamais offert le moindre trouble de son côté.

» Entré à l'infirmerie de Bicêtre qu'il habitait pour une affection chronique de poitrine, il y fut pris des symptômes d'une péritonite suraiguë; à laquelle il succomba.

» *Ouverture du cadavre.* — La voûte du crâne ayant été enlevée, on trouva les méninges du côté droit transparentes et fluctuantes dans presque toute leur étendue. On les incisa, et il en jaillit, en grande quantité, une sérosité claire et limpide comme de l'eau de roche. Entre ces méninges et les ventricules, il n'existait pas la moindre trace de substance nerveuse; ces membranes constituaient la paroi supérieure d'une vaste cavité dont la paroi inférieure était formée par la couche optique, le corps strié et toutes les autres parties situées au niveau de ces deux corps. Il ne restait de la masse nerveuse, située au-dessus des ventricules que celle qui est située en avant du corps strié, et en forme la partie antérieure.

» De nombreux tubercules parsemaient les deux poumons, et beaucoup d'ulcérations apparaissaient à la surface interne de l'intestin grêle. A l'extrémité libre d'un diverticule de l'iléum, existait une perforation d'où était résultée la péritonite, qui avait terminé les jours du malade, et dont on retrouva les traces sur le cadavre.

» *Remarques.* — La lésion dont l'autopsie nous révéla, dans ce cas, l'existence, avait commencé à se former, à la suite d'une violence extérieure, vingt-cinq ans avant l'époque où elle fut examinée par nous. L'atrophie du cerveau ne fut pas vraisemblablement ici l'altération primitive; elle succéda à d'autres lésions de nature inflammatoire qui durent se former immédiatement après la chute.

» C'est sans doute une chose remarquable que la conservation parfaite de l'intelligence jusqu'au dernier instant, dans un cas où une si grande partie du cerveau avait depuis longtemps cessé d'exister.

» Dans un cas semblable cité par M. Breschet, et qui est relatif à un enfant de quatre ans, l'intelligence était, au contraire, très altérée.

» L'enfant était plongé dans un état complet d'idiotisme, et était atteint de mutisme, bien qu'il ne fût pas sourd; il lui était impossible de se tenir sur ses jambes.

» Il arrive plus souvent qu'on ne trouve d'atrophié qu'une partie moins considérable de la masse nerveuse située au-dessus des ventricules. Dans ce cas, c'est le plus communément sur l'un des lobes antérieurs que porte le défaut de développement.

» L'atrophie isolée de ce lobe a été vue à tous les âges, depuis la première enfance jusqu'à une vieillesse assez avancée; en voici un exemple observé par nous sur un individu âgé de soixante et onze ans.

» Obs. 2. *Ancienne hémiplégie; état obtus de l'intelligence; grande difficulté de parler; atrophie du lobe antérieur de l'hémisphère gauche.*

» Un homme, âgé de soixante et onze ans, entra à la Pitié dans un véritable état d'enfance. Nous ne pûmes avoir aucun renseignement sur ses antécédents. Nous constatâmes chez lui l'existence d'une paralysie complète, tant du mouvement que du sentiment, du côté droit du corps; il prononçait, en balbutiant, quelques mots inintelligibles : cet homme s'affaiblit graduellement, et succomba un mois environ après son entrée. Pendant les huit jours de son existence, on remarqua qu'il toussait, que sa respiration était gênée, et que sa langue s'était séchée.

» *Ouverture du cadavre.* — Dans son quart antérieur, l'hémisphère gauche est remplacé par un kyste à parois transparentes et rempli d'une sérosité limpide, une couche très mince de substance nerveuse le sépare du corps strié; ainsi il ne constitue pas immédiatement la paroi du ventricule.

» Nous ne trouvons dans les centres nerveux aucune autre lésion.

» Le poumon gauche est hépatisé en rouge dans toute l'étendue de son lobe inférieur.

» *Remarques.* — Il y avait dans ce cas hémiplégie, bien que la lésion n'eût envahi que la partie tout à fait antérieure d'un hémisphère; et l'intelligence était troublée, bien que l'atrophie fût beaucoup moins considérable que chez le sujet de l'observation précédente, où cependant elle se conserva intacte.

» M. Breschet a publié l'observation remarquable d'une fille morte à l'âge de quinze ans, chez laquelle les deux lobes antérieurs manquaient à la fois. Au fond et en arrière de la poche membraneuse qui les remplaçait, on voyait à nu les deux corps striés. La tête était très bien conformée.

» Cette fille était plongée dans un état complet d'idiotisme; il fallait l'habiller et la faire manger. Elle était paresseuse pour marcher, bien qu'elle eût conservé la possibilité de remuer facilement et également les quatre membres : elle était ordinairement assise, et restait ainsi des jours entiers inclinant alternativement la tête d'une épaule sur l'autre; la vue était intacte; l'indifférence la plus parfaite existait pour les odeurs bonnes ou mauvaises.

» Voilà un cas où l'atrophie des deux lobes antérieurs n'entraînait point de paralysie à proprement parler. Cette paralysie n'existait pas non plus dans deux autres cas relatifs à des sujets plus jeunes, et dont on doit également la connaissance à M. Breschet.

» Dans l'un de ces cas, l'individu, âgé de dix-neuf mois, pouvait remuer facilement ses quatre membres; seulement on observait chez lui une flexion presque continuelle du tronc en arrière; cet enfant était privé de la vue; après être resté pendant quatre mois dans cette sorte d'opi-

sthotonos, il fut pris de convulsions qui le firent périr.

» Toute la masse des hémisphères, située au-dessus des ventricules, était moins développée que de coutume; en avant, elle manquait complétement des deux côtés, et à sa place on ne trouvait plus que les méninges soulevées par une grande quantité de sérosité; la tête était d'ailleurs bien conformée, elle était seulement un peu volumineuse.

» Dans l'autre cas, l'enfant, âgé de vingt-deux mois, avait aussi le crâne bien conformé; il était atteint de strabisme: du reste, le mouvement et le sentiment avaient toute leur intégrité. Cet enfant mourut d'une gastro-entérite. On trouva chez lui la même altération du cerveau que chez le précédent.

» A côté de ces cas, dans lesquels la substance nerveuse absente est remplacée par une sérosité plus ou moins abondante, on peut en citer d'autres dans lesquels cette sérosité n'existe plus, et où tout ce qu'on observe, c'est une petitesse plus grande des différentes parties d'un des hémisphères cérébraux, et surtout des circonvolutions.

» Cette espèce d'atrophie nous a paru être tantôt primitive et véritablement congénitale, tantôt consécutive et développée à la suite d'un certain nombre de maladies. Ce sont des cas de ce genre qui ont été publiés par M. le docteur Cazauvieilh dans son intéressant Mémoire sur l'agénésie cérébrale. (*Archives générales de médecine*, t. XIV.)

» Les individus dont il a rapporté l'histoire, âgés de vingt-sept à vingt-huit ans, étaient tous atteints, depuis un grand nombre d'années, de lésions du mouvement d'un côté du corps (hémiplégie simple ou avec contraction), et leur intelligence était plus ou moins obtuse; les membres opposés à l'hémisphère atrophié avaient eux-mêmes, dans leurs différentes dimensions, un moindre développement que les autres.

» Au lieu d'une atrophie qui n'affecte qu'un seul de ses hémisphères, le cerveau peut présenter à droite et à gauche à la fois, dans plusieurs de ses parties, un arrêt de développement assez considérable pour en compromettre gravement les fonctions. Cette atrophie générale du cerveau existait d'une manière remarquable chez un épileptique, dont M. le docteur Calmeil nous a transmis l'histoire (*Journal hebdomadaire de médecine*, t. I, p. 225).

» Dans le cas cité par M. Cazauvieilh, la lésion du mouvement était plus prononcée que la lésion de l'intelligence; c'est aussi ce que nous allons constater dans l'observation suivante, recueillie par nous il y a quelques années à l'hôpital de la Charité.

» Obs. 3. *Quarante-sept ans; Ancienne hémiplégie; Intelligence un peu affaiblie; Atrophie d'un hémisphère avec induration de sa substance; Mort par une pneumonie.*

» Un ancien marchand, âgé de quarante-sept ans, était paralysé de tout le côté gauche du corps, lorsqu'il fut reçu à la Charité dans le service de M. Lerminier. Cette paralysie avait existé toute sa vie; il ne se rappelait pas du moins à quelle époque elle avait commencé; tout ce qu'il affirmait, c'est que dans son enfance il ne pouvait pas déjà se servir de ses membres gauches. Il n'y avait aucune trace de contracture; les membres privés de mouvement étaient manifestement plus grêles, mais plus courts que ceux du côté opposé; la peau qui les recouvre avait conservé toute sa sensibilité; l'intelligence paraissait être un peu faible : toutefois il possédait bien toute sa raison, et il pouvait se livrer à une conversation suivie; les fonctions de la vie de nutrition s'accomplissaient bien. Cet homme fut pris inopinément des symptômes d'une pneumonie aiguë, à laquelle il succomba.

» *Ouverture du cadavre.* — Le crâne est déprimé d'une manière notable dans toute sa partie droite. Nous n'avons point remarqué cette dépression pendant la vie. A droite aussi il a moins d'étendue dans ses différents diamètres, et ses parois sont manifestement plus épaisses qu'à gauche. Les méninges n'offrent rien de remarquable, les deux hémisphères ont un volume différent; le droit est notablement plus petit que le gauche. Cette petitesse plus grande dépend surtout de l'espèce de ratatinement qu'a subi le lobe moyen, dont le tissu est en même temps d'une densité remarquable. La couche optique et le corps strié du côté droit sont aussi beaucoup plus petits que

les mêmes ganglions du côté opposé; le ventricule latéral droit contient plus de sérosité que l'autre, et il a aussi plus d'ampleur.

» Aucune autre lésion n'existe dans les centres nerveux. Le poumon gauche est hépatisé en rouge dans les deux tiers au moins de son étendue.

» Les organes contenus dans l'abdomen n'offrent rien de remarquable.

» *Remarques.* — L'altération dont l'hémisphère droit était le siége chez ce sujet était-elle congénitale? On peut le supposer. Elle avait laissé à peu près intacts l'intelligence et le sentiment; le mouvement seul était gravement compromis, et dans les membres paralysés la nutrition avait moins d'activité, ainsi que le prouve le commencement d'atrophie de ces membres. Quelle était la cause de cette atrophie? Etait-ce tout simplement le défaut d'exercice de la part des muscles? Etait-ce une action moindre du cerveau sur la nutrition des parties, et ce fait peut-il servir à prouver l'influence qu'exerce le système nerveux sur la nutrition? Enfin, la même cause qui chez le fœtus avait produit dans un des côtés du cerveau un arrêt de développement, avait-elle en même temps gêné dans leur évolution les membres opposés à l'hémisphère atrophié? Il n'y eut ici qu'une simple paralysie : dans d'autres cas, où la lésion était absolument semblable, les membres privés de mouvement volontaire étaient en même temps contracturés. C'est ce que nous présentent quelques unes de ces observations de M. Cazauvieilh; c'est ce que nous avons vu aussi exister chez le malade de Bicêtre dont nous avons cité plus haut l'observation; c'est encore ce qu'on peut voir dans le cas suivant rapporté par M. Boullanger, dans sa thèse (*Dissertation sur l'hydrocéphale aiguë*, suivie de quelques observations sur l'atrophie partielle du cerveau, par F. Boulanger (de Douai), 1821, n° 195).

» Un enfant, âgé de deux ans, éprouve à mouvoir les membres droits une difficulté toujours croissante; il survient un état de contraction permanente de ces membres et surtout du membre droit supérieur : l'avant-bras droit est fortement contracté sur le bras, et on ne peut l'étendre sans causer de la douleur. Il accuse une douleur fixe à la région pariétale gauche; les facultés intellectuelles sont saines; il parle bien, aime à jouer, à causer; il parvient ainsi à l'âge de quatre ans, et succombe à une pneumonie.

» A l'ouverture du corps, on trouva le lobe antérieur de l'hémisphère gauche comme déprimé par un sillon que remplissait une infiltration séreuse de la pie-mère (ce sont les expressions de l'auteur).

» Les circonvolutions étaient refoulées en dedans, rapetissées, durcies et jaunâtres; le septum lucidum n'existait point.

« Il est d'ailleurs à remarquer que l'altération de l'hémisphère droit ne consistait point ici dans une simple atrophie de sa substance : cette dernière, dans les points où elle avait un moindre volume, présentait en même temps une remarquable augmentation de consistance. Y avait-il donc plutôt refoulement et entassement des molécules du tissu nerveux, que diminution réelle de leur nombre; et l'atrophie n'était-elle qu'apparente? La troisième observation de M. Cazauvieilh nous présente, sous ce rapport, un cas semblable, c'est-à-dire la coïncidence d'un moindre volume et d'une densité plus grande; mais, dans plusieurs autres de ses observations, nous voyons ces deux lésions ne plus marcher ensemble; la consistance est celle de l'état normal, et cependant la substance nerveuse n'occupe pas l'espace qu'elle doit ordinairement remplir.

» Lorsque l'atrophie est encore plus considérable, ou plus générale que dans notre cas, et que dans ceux de MM. Cazauvieilh et Boullanger, l'intelligence se trouble à son tour d'une manière plus grave; ordinairement elle s'anéantit, et les individus naissent idiots ou le deviennent. » (Andral, *loc. cit.*, t. V, p. 618.)

L'atrophie n'ayant aucune importance, au point de vue de la thérapeutique, nous nous nous croyons obligés à ne pas prolonger davantage les observations et les réflexions dont elle pourrait être l'objet.

ARTICLE XIV.

Produits cartilagineux, fibreux, osseux du cerveau.

Nous ne ferons que mentionner ici ces produits qui n'ont d'autre intérêt que celui

de l'anatomie pathologique. Qu'il nous suffise seulement de dire qu'ils ont été rencontrés dans le cerveau, mais que les recherches les plus attentives des anatomo-pathologistes tendent à démontrer que ces productions ne se développent jamais primitivement dans la pulpe nerveuse, mais bien dans les membranes qui l'enveloppent, ou dans le tissu celluleux des kystes qui se forment dans l'intérieur de l'encéphale. Ces productions peuvent d'ailleurs revêtir différentes formes qu'il est inutile de décrire ici.

ARTICLE XV.

Tubercules du cerveau.

« La matière scrofuleuse, dit M. Calmeil, existe quelquefois dans l'encéphale, sous forme de plaques, et comme amalgamée à la pulpe nerveuse; mais elle affecte surtout la forme de tumeur, dont le volume peut être comparé à celui d'un pois, d'une noisette, d'un œuf de poule. A l'extérieur, les masses tuberculeuses sont ordinairement bosselées et recouvertes d'un kyste dont la solidité et l'épaisseur n'offrent rien de constant. Plusieurs masses tuberculeuses que nous venons d'extraire du cerveau d'un phthisique, sont enveloppées par une toile cellulo-vasculaire très fine, qui tapisse les enfoncements et les saillies de chaque tumeur, et qui même s'enfonce dans son épaisseur, où elle forme des espèces de cloisons, lorsque le tubercule résulte de la réunion de plusieurs tubercules moins volumineux. A l'intérieur, la matière tuberculeuse est homogène, d'un blanc jaunâtre ou verdâtre, luisante, facile à déchirer sous l'ongle, assez semblable à un produit graisseux à l'état concret. Très rarement cette matière a été rencontrée dans l'encéphale autrement qu'à l'état de crudité. De loin en loin on note seulement au centre d'un tubercule volumineux quelques points à moitié ramollis. M. Abercrombie et M. Louis ont vu dans le cerveau des tubercules qu'aucune enveloppe extérieure ne séparait de la substance cérébrale. Tous les tubercules que nous avons examinés étaient enkystés; presque tous ceux qui ont été décrits par les anatomistes français présentaient la même disposition. MM Gendrin et Léveillé pensent que la matière tuberculeuse qui se forme au sein des masses nerveuses, est constamment déposée dans une capsule, ou simple, comme certaines coques, ou cloisonnée. Telle est ordinairement la structure du plus grand nombre des tumeurs de cette espèce : 1° nous avons rencontré sur le feuillet droit de la dure-mère de la face interne un tubercule gros comme une châtaigne, qui poussait en avant les deux lames de l'arachnoïde et la pie-mère, et qui réprimait le lobule antérieur du cerveau; 2° M. le professeur Andral a plusieurs fois rencontré dans la trame de la pie-mère des granules de matière tuberculeuse, soudés en nombre variable les uns aux autres, et, dans quelques cas, comme incrustés dans l'intervalle des circonvolutions cérébrales qui adhéraient aux méninges. » (*Clinique médicale*, t. V, obs. 9-15-25.) — (Calmeil, *Dict. de médecine* en 30 vol., t. XI, p. 479.)

M. Calmeil ne fait mention dans le passage précédent que du tubercule à l'état cru et à l'état de ramollissement qu'il considère, avec raison d'ailleurs, comme très rare. Un fait communiqué par M. Guérard à la Société anatomique de Paris, prouve que le tubercule du cerveau peut aussi se rencontrer à l'état crétacé. Ce tubercule, que nous avons eu occasion de voir, se trouve décrit d'une manière malheureusement trop incomplète dans les Bulletins de la Société. Voici comment le Bulletin s'exprime :

« M. Guérard appelle l'attention de la Société sur la transformation d'un tubercule du cerveau en matière crétacée, laquelle était contenue dans un kyste fibreux qu'on trouva dans le lobe postérieur gauche chez une femme qui était morte à la suite de l'accouchement dans des accès épileptiformes. Ce fait est curieux à noter, parce qu'il montre que les tubercules du cerveau ne sont pas toujours nécessairement mortels. » (*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 18e année, p. 71.)

C'est principalement à la surface de l'encéphale, sous la pie-mère, que l'on rencontre la matière tuberculeuse disposée par plaques, et comme infiltrée dans la pulpe de l'organe. M. Louis a décrit une plaque tuberculeuse d'un pouce et demi de surface, de quatre lignes d'épaisseur, qui faisait corps avec le lobe occipital gauche du cerveau, et qui était soudée par la face

superficielle à la tente du cervelet (*Rech. sur la phthisie*, p. 169), dans un cas de tubercule du cervelet, rapporté par MM. Martinet et Parent-Duchatelet, l'hémisphère cérébral droit présenta à sa surface une plaque blanche dense, épaisse de deux lignes, et de la largeur d'une pièce de deux francs : cette induration était probablement due à un dépôt de matière tuberculeuse. Jusqu'ici on ne peut citer que quelques exemples d'infiltration tuberculeuse de la pulpe encéphalique, mais il n'est guère de parties importantes dans le cerveau et dans le cervelet qui n'aient offert quelques masses globuleuses de ce produit morbide. Un tubercule peut exister isolément dans la protubérance annulaire, dans un pédoncule cérébral, mais presque constamment l'on a à peine découvert dans le cerveau un noyau tuberculeux, que le scapel en rencontre deux, trois, cinq, sept, jusqu'à vingt autres. (Voy. Louis, *sur la phthisie*, p. 169; Mitivié, *Thèse*; Rochoux, *sur l'apoplexie*, p. 151, 1re édit.; Abercrombie, p. 244, 245, 246, etc.)

Malgré l'assurance avec laquelle les auteurs font la description des tubercules encéphaliques, il s'en faut que ces productions aient toujours des caractères bien nettement dessinés, même au point de vue anatomique. Nous citerons ici un fait emprunté à M. Castelnau, et qui prouvera notre assertion, en même temps qu'il fournira un exemple des phénomènes qui annoncent habituellement la présence des productions anormales du cerveau.

Obs. 1. *Attaques épileptiformes. Productions anormales dans le tissu cérébral.*

« Lataille, quarante et un ans, couturière, cheveux châtain foncé, sourcils médiocrement épais, yeux gris, peau médiocrement blanche, système musculaire assez développé, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Hélène, n° 288, le 21 juin 1842.

» Cette femme, d'une assez bonne constitution, d'une santé habituellement bonne, n'a pas depuis sa jeunesse fait de maladie grave. En 1839, revenant d'Alger où elle avait suivi son mari qui est militaire, elle fit une chute sur la tête pendant la traversée, une plaie au front assez large en fut le résultat; cette plaie se cicatrisa au bout de quelque temps; puis il vint un abcès au bras gauche, puis encore un à l'épaule droite. Elle n'avait point alors de douleurs de tête ni aucune espèce d'attaques, ni aucune altération de sensibilité ou de motilité. Il y a six mois, elle commença à éprouver de la faiblesse dans tout le côté droit sans maux de tête ni étourdissements, ni éblouissements. Il y a deux mois, la faiblesse du côté droit étant la même ou peu augmentée, la malade fut prise brusquement de convulsions, avec perte de connaissance et écume à la bouche; cette attaque dura environ une demi-heure. Depuis cette époque elle s'est renouvelée deux fois avec les mêmes caractères et la même durée. Dans ces attaques le mari la couchait; elle restait pendant quelques heures dans une espèce de sommeil ou d'abattement, après quoi tout rentrait dans l'état habituel, et la malade se trouvait comme avant l'attaque. A la dernière attaque, qui a eu lieu il y a deux jours, et le soir, la malade ayant été couchée comme d'habitude, resta beaucoup plus longtemps dans l'assoupissement; mais le mari, pensant que le sommeil de la nuit l'avait gagnée, ne voulut pas la réveiller et la laissa ainsi jusqu'au matin. Ayant alors voulu la réveiller, il la trouva exactement dans l'état où elle était lorsqu'elle arriva à l'hôpital.

» 22 juin. Stupeur générale considérable; la malade ne répond pas aux questions, seulement, quand on lui parle, elle regarde avec des yeux hébétés. L'œil gauche est tourné en dedans, la bouche n'est point déviée; l'ouïe et la vue paraissent bonnes; la sensibilité semble un peu plus développée au bras gauche qu'au bras droit où elle est normale; il y a un peu de roideur dans les deux bras, mais plus à gauche. Langue tirée lentement, droite, humide, blanche avec un piqueté rouge; pouls à 112, inégal, irrégulier, s'accélérant par instants, une autre exploration donne 90; peau moite, sans chaleur. Mêmes irrégularités au cœur dont les battements sont normaux, point d'impulsion ni de matité anormales; respiration bonne partout en avant. Pas de matité à la région hypogastrique. (Limonade avec crème de tartre soluble 2 grammes, saignée de 200 grammes, lavement de lin, diète.)

» 23. Le sang n'est pas parfaitement pris en caillot, il y a cependant une légère couenne à la surface.

» La malade répond assez bien quoique très lentement aux questions qu'on lui adresse ; elle ne se rappelle point ce qui a eu lieu hier ni depuis quand elle est à l'hôpital. Elle dit bien son nom ; la voix est presque complétement éteinte ; la malade dit ne souffrir nulle part ; faciès naturel. Cette amélioration date de ce matin seulement, car hier soir l'état était exactement le même ; les membres sont au moins aussi contractés qu'hier. Langue bien tirée, sèche et rouge au centre ; pas de selles ; pouls à 130 (il s'accélère pendant qu'on le compte) ; pas de chaleur. (Limonade, crème de tartre soluble 2 grammes, lavement purgatif, cataplasmes de farine de lin, diète.)

» 24. Les réponses sont justes et promptes ; elle ne trouve aucune cause qui ait pu déterminer son attaque ; les membres sont bien souples ; il n'y a toujours pas de souvenir de ce qui s'est passé avant-hier, mais elle se souvient d'hier et des jours qui ont précédé la maladie. État d'indifférence ; elle n'a rien demandé hier de toute la journée, pas même à boire. La langue est un peu sèche ; déglutition facile, elle l'a toujours été ; pas de selles, moins d'aphonie, pouls à 108, pas de chaleur. (Limonade, lavement purgatif, cataplasmes sinapisés, diète.)

» 25. Aphonie encore moindre, langue très humide et léger enduit blanchâtre. Douleur au milieu de la poitrine antérieurement ; pas de selles ; urines assez abondantes, involontaires ; l'auscultation pratiquée pour la première fois en arrière fait entendre une respiration un peu bronchique dans presque tout le côté gauche, mais principalement au niveau de l'angle inférieur du scapulum ; respiration naturelle à droite. Moins de son sous la clavicule gauche que sous la droite, et respiration plus faible, 26 inspirations, 92 pulsations sans chaleur. (Même prescription.)

» 26. Il y a eu ce matin une attaque convulsive avec perte de connaissance et écume à la bouche qui a duré environ cinq minutes. L'état est néanmoins le même, sauf l'intelligence qui est un peu moindre.

» 29. L'Intelligence est tout à fait normale, cependant il y a toujours beaucoup d'indifférence et de taciturnité ; la respiration légèrement bronchique en arrière, à gauche, persiste. Le pouls est à 60. (On lui donne des potages.)

» 2 juillet. L'amélioration croissant, on donne une portion ; la malade se lève une partie de la journée.

» Cet état dure jusqu'au 13. Pendant tout ce temps les fonctions se sont bien exécutées ; seulement il y a toujours eu une indifférence et une taciturnité marquées.

» 13. On trouve un certain degré d'assoupissement et l'on a de la peine à obtenir des réponses qui sont cependant justes. Il paraît y avoir un peu de contracture dans les avant-bras. Le reste est dans le même état.

» 14. L'assoupissement est beaucoup plus marqué ; on a beaucoup de peine à réveiller la malade qui ne répond que difficilement et incomplétement ; elle n'a pas reconnu son mari hier. Voix éteinte ; contracture des bras beaucoup plus marquée : l'avant-bras gauche est presque complétement fléchi sur le bras ; le droit l'est moins. On éprouve assez de difficultés à les étendre ; il ne paraît pas que les tractions que l'on exerce dans ce but soient douloureuses ; les pincements que l'on pratique sont bien sentis. Les membres inférieurs sont dans l'état normal ; la malade dit ne souffrir nulle part. Un peu de sang est sorti par la bouche ; on suppose que la langue aura été blessée pendant les convulsions. Très peu de contractilité des pupilles. Respiration bruyante, à 28 ; pouls à 112. Odeur alcaline autour de la malade ; urines involontaires, pas de selles. (Limonade, saignée du pied ; 8 sangsues derrière les oreilles, lavement purgatif, cataplasmes sinapisés.)

» 15. La contracture est moindre, la malade peut étendre elle-même les avant-bras, ce qu'elle ne pouvait pas faire hier ; cependant on éprouve toujours de la résistance surtout à gauche quand on veut les étendre et que la malade ne s'efforce pas d'aider ce mouvement. L'assoupissement est considérable ; le plus souvent la malade ne répond aux questions que par quelques mouvements de lèvres ; mais elle paraît bien comprendre ces questions. Le pouls est à 140, inégal. Les pulsations sont

alternativement fortes et faibles, mais la plus forte est encore peu intense, la faible ne se sent pas quand on touche le pouls superficiellement; elle coïncide avec une pulsation faible du cœur. Il y a une céphalalgie qui paraît siéger principalement du côté droit et à l'occiput. Le regard est naturel; il n'y a de paralysie appréciable nulle part. Pas de selles, urines involontaires. (Même prescription, moins la saignée et les sangsues.)

» 16. L'état est à peu près le même, seulement plus grave; on remarque que le strabisme a disparu. La céphalalgie paraît toujours siéger du côté droit. Le pouls est à 132, un peu plus développé qu'hier, et moins inégal; la langue est encore tirée assez bien, elle est blanche, humide, un peu collante. (15 sangsues à l'anus, cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.)

» L'assoupissement augmente graduellement, et la malade succombe dans le coma, sans nouvelle convulsion, le 17 à 6 heures du matin.

Autopsie vingt-huit heures après la mort. Température de 28° centigrades, peu humide.

» Adhérence dans une étendue d'un centimètre en tous sens de la dure-mère avec l'arachnoïde. Cette adhérence est très dense, fibreuse, et lorsqu'on veut enlever la dure-mère, on entraîne l'arachnoïde viscérale et avec elle une partie de la substance cérébrale; cette adhérence de la substance cérébrale aux méninges est plus étendue que l'adhérence des deux membranes; au niveau de celle-ci la table interne de la voûte, dans une étendue de 4 centimètres carrés environ, est cramoisi-rouge, ramollie assez pour pouvoir être coupée par le scalpel, comme transformée en tissu spongieux.

» Après l'ablation des méninges on voit une altération très marquée de l'hémisphère droit; après plusieurs coupes on trouve que cette altération offre l'étendue et les caractères qui suivent : au toucher, l'hémisphère droit est plus mou que le gauche; dans toute la partie correspondante à la fosse pariétale, la substance grise des circonvolutions est pâle et se confond presque complétement avec la substance blanche; cette dernière substance très friable en certains points peu étendus, offre une altération générale très remarquable; lorsqu'on passe le doigt sur la surface résultant d'une coupe du centre ovale, la substance paraît plus molle; mais lorsqu'on veut la déchirer soit par le grattage, soit par la traction, elle résiste beaucoup plus que celle du côté opposé; lorsqu'on gratte, le scalpel fait éprouver à la main qui le tient la même sensation que si on grattait sur un morceau de lard cru; cette altération existe dans toute l'étendue du centre ovale; elle est accompagnée d'hypertrophie, d'une couleur blanc-laiteux et d'absence presque complète de vaisseaux. On y reconnaît partout la structure propre au cerveau. Au niveau du corps calleux, l'épaisseur transversale de l'hémisphère droit est de $0^m,055$ et celui du gauche de $0^m,036$ à $0^m,038$. Mais ce n'est pas la seule altération : au-dessous de l'adhérence signalée et dans une étendue de 4 centimètres en tous sens horizontalement sur 2 et demi de profondeur, on voit une altération plus profonde dans laquelle on trouve, à l'extérieur, une couleur jaunâtre sale de la substance blanche avec un peu de véritable ramollissement sans injection; plus en dedans, une trame celluleuse rougeâtre assez dense, formant des cellules irrégulières, du volume d'un grain de chènevis environ et infiltrée d'une sérosité jaunâtre. Cette trame n'existe pas tout autour du centre, mais seulement en certains points. En se rapprochant du centre, cette trame, ou le tissu ramolli là où elle n'existe pas, se durcit brusquement et ne peut qu'à grande peine être déchirée par l'ongle; cette induration existe en trois points différents d'une manière identique, et au centre de chaque induration se rencontre un noyau de tissu jaunâtre, très peu transparent, parfaitement homogène, sans trace de vaisseaux, criant peu ou point sous le scalpel, élastique, s'écrasant difficilement sous la pression et ne s'écrasant point comme une pâte ou comme du mastic, mais à la manière d'un tissu élastique, comme la partie centrale d'une carotte, par exemple, tissu dont il a d'ailleurs assez bien l'aspect. Le plus gros de ces noyaux a le volume d'une petite noisette. Un quatrième noyau exactement semblable, sauf la dureté qui est plus grande, se rencontre

dans les circonvolutions qui sont à la partie postérieure de la scissure de Sylvius ; vis-à-vis de ce quatrième noyau se rencontre une adhérence et une altération des os du crâne, semblable à celle déjà décrite et d'égale étendue, mais plus profonde et s'étendant presque jusqu'à la table externe. Les ventricules déjetés à gauche par le développement de l'hémisphère droit ne présentent rien d'anormal, sinon qu'ils contiennent un peu plus de sérosité qu'à l'état physiologique. Les corps striés et les couches optiques ne présentent rien de remarquable, sinon qu'à droite ils offrent un aspect et une consistance semblables à ceux de la masse blanche centrale, et qu'à gauche ils sont atrophiés comme le reste de l'hémisphère de ce côté. La glande pituitaire reste dans la selle thurcique après l'ablation du cerveau; elle est dure, rougeâtre, d'un aspect assez semblable à la coupe à celui qu'offrirait une glande thyroïde fortement injectée.

» La presque totalité du poumon gauche est noirâtre, très tenace, très difficile à couper avec le scalpel, et représentant, sauf une certaine perméabilité qu'il conserve encore, une masse de caoutchouc un peu ramolli et qui serait traversé par une foule de lignes blanches représentant des cloisons interlobulaires. Son sommet est ridé, chagriné, comme dans les cas des cicatrices formées autour des tubercules. Quelques noyaux tuberculeux, jaune-blanc, opaques, durs, se rencontrent çà et là. Au centre de ce tissu noirâtre, on rencontre, surtout dans le quart inférieur, quelques portions peu étendues de poumon perméable et à peu près sain.

» Les autres organes ne présentaient rien de remarquable, si ce n'est l'utérus dont le col et principalement les lèvres, un peu gros, étaient d'une dureté presque cartilagineuse, sans altération de couleur ni d'aspect.

» *Remarques.* — En lisant les auteurs, on pourrait croire que rien n'est facile comme de distinguer entre elles les diverses productions qui se développent dans le cerveau ; aussi, dans les observations qu'ils publient, se bornent-ils à dire qu'il s'est trouvé un *tubercule*, un *noyau cancéreux*, etc., sans décrire exactement les caractères que présentait la production anormale; cependant le fait que je viens de rapporter en détail, prouve que cette distinction n'est pas toujours sans difficultés. L'aspect et les diverses propriétés du tissu accidentel que nous avons trouvé dans ce cas, différaient tellement de ceux qu'on a décrits, qu'après bien des réflexions, j'en suis encore à me demander quelle en était la véritable nature.

» Ce tissu offrait deux parties bien distinctes : dans l'une, il était facile de reconnaître le tissu cérébral qui était à peu près normal ou même ramolli, quant à la consistance, mais qui était beaucoup plus résistant, quant à la ténacité. Dans cette partie le tissu nerveux était modifié, mais non dégénéré. La seconde partie était constituée par des noyaux qui pouvaient au premier aspect rappeler les tubercules; cependant ils n'offraient pas absolument la même texture; ils ne s'écrasaient pas, comme le tubercule cuit, à la manière du mastic, mais bien à la manière d'un tissu élastique; ils n'étaient pas demi-transparents, comme le tubercule cru, et les fragments résultant de l'écrasement semblaient avoir un sens déterminé, ce qui n'a point lieu dans le tubercule à aucun état; enfin ils étaient environnés d'un tissu très altéré, sinon dégénéré, ce qui ne s'observe pas non plus pour le tubercule qui siége ordinairement dans un tissu ou sain ou seulement phlogosé. Évidemment, si c'était là du tubercule, il différait très notablement de celui qu'on est habitué à voir, et qu'on trouve décrit partout.

» Quant au tissu cancéreux, il est moins probable encore que le tubercule : ce n'était point de l'encéphaloïde, puisqu'il n'y avait aucune trace de vaisseaux dans les noyaux d'induration; ce n'était pas non plus du squirrhe, car la couleur de ce tissu ne s'est jamais présentée avec cette nuance jaune qu'on observait dans ces noyaux.

» Le microscope aurait-il pu nous tirer d'embarras? Ceux qui ont cherché sans prévention à déterminer le véritable degré d'utilité de cet instrument en douteront beaucoup, et je dois avouer que je suis de ceux-là. Je dois toutefois regretter de n'en avoir point fait usage en cette circonstance, même pour arriver à un résultat

négatif. » (H. de Castelnau, *Études de clinique médicale*, inéd.)

Symptômes. — Abercrombie, qui a, le premier, rassemblé dans son ouvrage un grand nombre d'observations de tubercules encéphaliques, se contente de faire suivre de quelques remarques un petit nombre de ces observations; mais il n'en généralise point la partie symptomatologique, indiquant sans doute, par ce silence, qu'il ne considérait pas encore la chose comme possible. M. Gendrin a exprimé cette opinion d'une manière formelle dans la note qu'il a ajoutée aux observations d'Abercrombie, tout en faisant ressortir les signes qui, selon lui, permettent de supçonner l'existence de tubercules cérébraux.

« Dans l'état actuel de la science, dit-il, il est encore impossible de déterminer d'une manière précise les symptômes qui indiquent le développement et la présence de tubercules dans le cerveau; on peut cependant, en réunissant toutes les circonstances que présentent la plupart des sujets affectés de cette maladie, arriver à un diagnostic probable. Les principales de ces circonstances sont relatives aux renseignements commémoratifs sur les symptômes actuels, à la présence de tubercules dans d'autres organes, à une affection scrofuleuse ancienne, à la prédisposition héréditaire à ces affections, etc.; telles sont les données commémoratives qui rendent probable l'existence de tubercules encéphaliques. Les symptômes qui ont existé chez tous ceux qui ont été affectés de ces tumeurs, sont, principalement, la céphalalgie, soit continue, soit intermittente et irrégulière dans ses retours, fréquemment fixée à une partie circonscrite de la tête. Les malades sont en même temps frappés d'un dépérissement remarquable, dont on est souvent porté à chercher inutilement la cause dans une lésion organique des poumons. Lorsque l'on observe ces accidents, si surtout ils se prolongent après s'être progressivement développés sans cause immédiate évidente, et si des phénomènes de paralysie viennent à se manifester, on est fondé à présumer qu'il existe dans le cerveau une maladie organique de la nature de celle qui nous occupe. On est encore plus en droit d'admettre cette lésion, si l'on voit la paralysie se circonscrire dans une partie peu étendue, ce qui ne laisse pas de doute que la cause organique, qui agit sur le cerveau, ne soit immédiatement limitée à une partie très circonscrite du cerveau, comme le sont ordinairement ces tumeurs. » (Gendrin, *Notes à Abercrombie*, p. 261.)

Malgré ces paroles de M. Gendrin, quelques auteurs ont cherché à tracer la symptomatologie et même le diagnostic des tubercules encéphaliques; c'est ce qu'a fait M. Calmeil dans le passage suivant :

« Les symptômes qui se manifestent dans le cours d'une affection tuberculeuse de l'encéphale doivent offrir et offrent de grandes différences, suivant le siége qu'occupe le tubercule, suivant son volume, suivant que la pulpe cérébrale s'altère autour de la tumeur, ou qu'elle y reste saine. Il est également clair que les phénomènes ne sont plus les mêmes lorsqu'il existe en même temps dans le cervelet la protubérance annulaire, les hémisphères cérébraux, plusieurs dépôts tuberculeux, comme cela arrive assez fréquemment.

» Parmi les symptômes cérébraux, l'on peut affirmer, sans crainte, que la céphalalgie est le plus constant, celui qui se manifeste presque toujours le premier, et qui persiste avec le plus d'opiniâtreté; à peine ce symptôme manque-t-il sur quelques malades; mais il peut disparaître au moment de l'agonie, surtout s'il se forme autour du tubercule un ramollissement cérébral, et si le sujet tombe dans une profonde stupeur. Le siége de la douleur est loin d'être fixe : tantôt il correspond au siége du mal, tantôt il paraît fort éloigné du point affecté. La douleur peut être continue, mais elle présente des rémittences. Dans quelques cas, la céphalalgie revient par accès plus ou moins réguliers, mais presque constamment alors très violents. Les malades portent la main à la tête, restent dans leur lit et poussent des cris plaintifs. M. Abercrombie rapporte plusieurs exemples d'attaques de céphalalgie, coïncidant avec le développement de tubercules cérébraux. Plusieurs jeunes sujets auxquels nous avons donné des soins, et qui ont fini par succomber, accusaient les douleurs de tête les plus constantes et les plus cruelles. L'on trouve ce symptôme très prononcé dans les observations consi-

gnées dans les écrits de MM. Abercrombie, Andral, Rostan, Rochoux, Martinet, etc. La douleur s'accompagne, sur certains individus, d'un sentiment de chaleur locale, de battements qui sont rarement sensibles pour l'observateur, de vertiges, d'éblouissements, de défaillances, d'une multitude de sensations pénibles.

» Les convulsions, qu'elles affectent la forme de l'épilepsie, de mouvements spasmodiques bornés à la face, à un bras, à un côté du corps, aux quatre membres, ou qu'elles offrent l'aspect de tremblements, ont été remarquées sur le quart des malades affectés de tubercules de l'encéphale, à peu près. Elles peuvent précéder la céphalalgie, mais elles éclatent surtout au moment où il s'établit quelque travail morbide accessoire dans la substance nerveuse. Elles peuvent tenir à une sorte d'excitement que la tumeur opère sur des parties de l'encéphale, qui ne sont même pas toujours très rapprochées du point où gît le tubercule, de sorte qu'il ne peut exister un rapport certain entre le côté du corps où se manifestent les phénomènes convulsifs et la partie du cerveau qui contient le produit tuberculeux.

» La paralysie, au contraire, lorsqu'elle vient figurer parmi les symptômes, offre un rapport de siége constant avec l'affection tuberculeuse qui existe dans l'encéphale. La paralysie ne peut provenir, en effet, que d'une compression exercée par la tumeur sur les parties nerveuses où elle plonge, ou d'une lésion consécutive des mêmes parties, lésion qui se développe, pour l'ordinaire, précisément au contact du produit tuberculeux. La paralysie peut donc servir jusqu'à un certain point à localiser le désordre, tandis qu'à cet égard les convulsions n'offrent qu'une valeur très peu certaine. La paralysie, tenant à la compression d'une masse tuberculeuse sur la substance cérébrale, est presque toujours incomplète; le mouvement pèche sous le rapport de la force et de l'étendue, mais il n'est pas aboli. L'abolition du mouvement, qui survient quelquefois sur les derniers jours de la maladie, est occasionnée pour l'ordinaire par une encéphalite locale, ou par un ramollissement cérébral.

» L'affection nouvelle n'est pas absolument inséparable de l'affection organique, et la paralysie qu'entraîne le ramollissement, etc., ne se lie que d'une manière accessoire à la présence du tubercule. Sous ce rapport, il importe beaucoup de tenir compte des dates où la paralysie s'est déclarée et de relater avec soin sa marche et son degré d'intensité. La paralysie est loin d'être commune pendant la première période d'accroissement de la tumeur. Deux fois nous l'avons vue manquer complétement, bien que les tubercules contenus dans l'encéphale fussent gros comme l'extrémité du pouce. Sur cinq des cas de tubercules cérébraux dans l'ouvrage de M. Abercrombie, *Sur la pathologie du cerveau*, il n'est nullement question de paralysie; il y est même dit d'une manière formelle que les mouvements étaient partout intacts. M. Louis rapporte, dans ses *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, un fait concluant d'absence de paralysie, bien que la matière tuberculeuse abondât dans le cerveau du malade. Tous les pathologistes rapportent de semblables faits, dont les exemples sont maintenant trop multipliés pour que l'on puisse songer à les révoquer en doute. La paralysie peut devancer tous les autres symptômes. Pendant plusieurs mois, elle peut n'affecter que le bras, qu'une jambe, qu'une paupière, ne gêner que les mouvements de la langue, des lèvres, etc. Sur un sujet dont parle M. Abercrombie, la maladie du cerveau débuta par un affaiblissement considérable des membres abdominaux et une grande incertitude dans les mouvements thoraciques. Sur un enfant, cité par le même auteur, l'on nota une paraplégie très prononcée; sur un adulte, ce fut la face qui se paralysa d'une manière complète. La paralysie de la face a été notée par M. Andral, qui a également observé plusieurs fois des hémiplégies.

» La sensibilité est lésée sur plus d'un tiers des malades affectés de tubercules du cerveau. Les lésions de la sensibilité s'observent, pendant un temps variable, à la peau, du côté de la vue, de l'ouïe; la sensibilité de la peau est localement exagérée, émoussée ou perdue dans un dixième des cas; l'ouïe perdue ou moins fine dans un dixième; la vue perdue, double ou obscure chez près d'un cinquième des sujets. Quelquefois ces aberrations, ou ces pertes de

sensibilité, se manifestent simultanément, beaucoup plus souvent isolées.

» L'intelligence est rarement lésée dans les premiers temps de la maladie; seulement le caractère est parfois inégal, la disposition à la tristesse très prononcée. Le sixième des sujets présente des accès de stupeur pendant lesquels les facultés morales et intellectuelles éprouvent une atteinte momentanée; un cinquième a du délire; un tiers du coma quelques jours avant la mort, qui a souvent lieu d'une manière subite.

» La pupille est dilatée une fois sur dix, contractée une fois sur onze; il survient du strabisme une fois sur cinq.

» Les symptômes généraux sont encore plus variables peut-être que les accidents qui appartiennent exclusivement, ou à peu près, à l'encéphale, et comme l'affection cérébrale se complique très souvent, comme nous l'avons établi dès les premières lignes de cet article, soit d'une phthisie pulmonaire, soit d'une autre maladie aiguë ou chronique du système glandulaire, du canal digestif, etc., il est presque toujours difficile de spécifier parmi les phénomènes de réaction ceux qui appartiennent précisément à la lésion du système nerveux. L'aspect de la langue est presque constamment naturel, à peine si l'on a noté jusqu'ici une fois sur six un peu de rougeur ou de blancheur vers cet organe. La plupart des malades continuent à prendre leurs repas, qui ne sont guère interrompus que pendant les attaques de céphalalgie. Le quart des malades présente de temps à autre des vomissements qui coïncident surtout avec les crises de douleur qui éclatent vers le cerveau ou pendant les accès de stupeur. L'on sait combien les auteurs insistent sur l'importance du vomissement comme symptôme; il est certain que chez quelques individus les vomissements se répètent avec une certaine insistance. L'appétit est inégal, capricieux; la constipation ou le dévoiement existent dans les mêmes proportions de fréquence que le vomissement. Le pouls est troublé pendant les paroxysmes de céphalalgie, alors ou les battements se ralentissent ou ils s'accélèrent. La moitié des sujets ont de la fièvre avant d'atteindre la fin de leur carrière; un tiers offrent de la toux, des crachats purulents, tous les signes certains de la phthisie pulmonaire. La durée moyenne de l'existence, à compter de l'invasion des accidents cérébraux un peu sérieux, est de six mois. Plusieurs malades vivent quatre, cinq et six ans; mais d'autres succombent dans l'espace de quelques mois, ou même parfois en quinze jours; résultat qui n'a pas lieu de surprendre, puisque l'on trouve dans l'encéphale des dépôts tuberculeux que personne n'y avait soupçonnés. L'assistance du calcul, que l'on nous reprochera peut-être d'avoir constamment invoquée pour l'énumération de chaque symptôme, nous a semblé aussi indispensable pour répondre à des idées peu exactes que l'on trouvera consignées dans les meilleurs ouvrages de médecine, et où l'on prétend asseoir le diagnostic des tubercules du cerveau sur des considérations en réalité très peu importantes.

» A quels signes diagnostiquera-t-on la présence d'un tubercule dans le cerveau? La réponse à une semblable question, comme le lecteur l'a déjà prévu, est fort embarrassante. Dans quelques cas, cependant, l'on parvient à accumuler en faveur de l'affection tuberculeuse tant de probalités qu'elles équivalent presque à la certitude. Si le sujet est âgé de moins de vingt ans, scrofuleux; s'il porte des engorgements au cou, des abcès aux membres; s'il offre les symptômes d'une affection tuberculeuse des poumons; s'il est pâle, comme étiolé; et si, après avoir accusé des maux de tête violents, présenté pendant leurs paroxysmes, soit des convulsions, soit des défaillances, soit des vomissements, quelquefois tous ces accidents ensemble, il éprouve du strabisme, un sentiment de gêne dans les mouvements d'un bras, un commencement de paralysie d'un autre côté du corps, qui se dissipe pour revenir ou faire des progrès lents: il est à craindre qu'il n'existe un ou plusieurs tubercules dans l'encéphale. Nous croyons devoir insister sur l'absence des lésions de l'intelligence. Nous avons sans doute mentionné le délire sur un nombre passable d'individus; mais ce symptôme n'offre, pour ainsi dire, qu'une durée de circonstance. Pendant presque tout le cours de la maladie, la mémoire, le juge-

ment, la faculté d'associer les idées comme par le passé, ne reçoivent aucune atteinte, tandis que dans l'encéphalite locale chronique, dans la plupart des autres affections organiques du cerveau, les tumeurs acquérant en général un volume plus considérable, les facultés intellectuelles courent le risque de subir un dérangement infiniment plus inquiétant. Cette remarque nous a frappé dans nos lectures aussi bien qu'au lit du malade. Une autre remarque qui ne peut échapper à un observateur attentif, c'est la rareté comparative des accès convulsifs qui ne se prolongent pas comme dans l'encéphalite locale pendant plusieurs heures, qui ne reviennent pas avec la même violence, qui prennent moins souvent la forme du coma et de l'épilepsie; de sorte que l'accablement, le mal de tête, la tendance à l'isolement, la crainte instinctive d'une terminaison immédiate et fâcheuse, impriment à l'accès occasionné par la présence d'un tubercule du cerveau son principal caractère. Combien de fois un mal de tête atroce, qui absorbe jour et nuit l'attention et le courage, qui ne permet pas même à celui qui l'endure de songer à ses affections les plus chères, qui finit par user entièrement ses forces, ne constitue-t-il pas à lui seul le trait prédominant dans l'expression fonctionnelle de la maladie que nous étudions? Mais gardons-nous d'oublier que le diagnostic est entouré d'incertitude, que la moindre complication maladive vers le cerveau peut donner un autre aspect aux symptômes, et qu'en général la prudence exige que l'on n'établisse qu'un diagnostic approximatif. » (Calmeil, *Dict.* en 30 vol., t. XII, p. 574.)

M. Rostan a cherché à pousser plus loin la précision du diagnostic. Dans une de ses leçons, à propos de deux faits qu'il rapportait, il se livrait aux considérations suivantes.

Obs. 2. « *Altération cérébrale chronique de l'hémisphère gauche, constituée probablement par une affection tuberculeuse locale et unique.*

» Au n° 2 de la salle Sainte-Jeanne est entré le nommé Lambert Pecque, âgé de vingt-quatre ans, né dans le département de Seine-et-Marne.

» D'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une santé assez bonne jusqu'à l'âge de vingt ans, vacciné, non variolé, il paraît avoir eu dans son enfance les maladies éruptives fréquentes dans le jeune âge. Cependant il n'a point fait de grave maladie.

» Il y a quatre ans environ maintenant, il fut pris d'une céphalalgie assez violente; le siége principal de la douleur était dans la région occipito-latérale gauche, où le malade ressentait de temps en temps quelques élancements sourds, profonds, presque continuels. Cette céphalalgie s'accompagna peu à peu, et à mesure que la maladie fit des progrès, de diplopie, de faiblesse générale; insensiblement, et deux mois environ après le commencement de la maladie, la douleur de tête s'accompagna d'une hémiplégie incomplète du côté droit du corps, hémiplégie dont la marche fut lente. Interrogé avec le plus grand soin sur les causes probables de sa maladie, ce jeune homme déclare à plusieurs reprises ne savoir à quoi rattacher sa céphalalgie primitive. Il n'a jamais eu de maladie syphilitique, n'a point présenté de traces d'affection scrofuleuse. Personne dans sa famille n'a présenté ni ne présente actuellement de symptômes semblables à ceux qu'il a offerts depuis le début de cette affection. Il n'a jamais eu de convulsions, même dans son enfance, pendant l'époque de la dentition, ni d'attaque de nerfs, avec ou sans perte de connaissance.

» Entré il y a deux ans dans ce service, il a été traité assez énergiquement par les moxas, les saignées, un séton au cou et des pilules d'iodure de fer. Voyant au bout de quelques mois que son état ne s'aggravait point, il demanda sa sortie, promettant de revenir si quelque nouveau symptôme se manifestait. Depuis sa sortie de l'hôpital, son état est resté à peu près stationnaire, et il n'a suivi aucun traitement. Les douleurs de tête ayant reparu plus intenses dans ces derniers temps, il a pris le parti de rentrer à l'Hôtel-Dieu, et voici l'état dans lequel il se trouve aujourd'hui.

» Tout le côté droit du corps est incomplétement paralysé du mouvement; incomplétement, en ce sens que les membres sont plus faibles, et exécutent plus

difficilement leurs mouvements. Cependant ils ne le sont pas à un point tel que la marche soit impossible, elle est seulement plus pénible et plus lente. Il peut, de même, porter son bras à la tête; mais il ne peut serrer la main qu'on lui présente, et ne peut même tenir sa cuiller pour manger. La commissure droite des lèvres est moins mobile que la gauche, qui pourtant dans l'état de repos paraît plus abaissée. Lorsque le malade souffle, on ne s'aperçoit pas que le buccinateur d'un côté soit moins contractile que celui de l'autre côté. La langue, tirée au dehors, sort de la bouche sans déviation. Lorsque le sujet ferme les yeux et les ouvre, les mouvements des paupières s'exécutent aussi bien d'un côté que de l'autre; les yeux se ferment aussi complétement l'un que l'autre, et s'ouvrent également bien. Pas de convulsions, pas de sentiment de douleur, ni de fourmillement dans le bras ni dans la jambe du côté droit.

» Déglutition des liquides et des solides facile. Il retient aisément et rend à volonté les matières fécales et les urines. La région occipitale et pariétale gauche est le siége d'une douleur sourde, profonde, continuelle, augmentant quand on exerce sur la tête une forte pression, ou quand le malade s'incline et baisse la tête. Quelquefois, principalement quand le sujet s'est un peu fatigué, la douleur se prolonge et s'étend vers le front et l'oreille du même côté; mais jamais elle ne descend plus bas que la nuque. Cette céphalalgie est continuelle; cependant, mais rarement, elle disparaît pour un petit espace de temps.

» La sensibilité est bien conservée. Intelligence nette; le jeune malade n'a pas perdu la mémoire; il se rappelle parfaitement tout ce qui lui est arrivé. Les réponses qu'il fait aux questions qu'on lui adresse sont promptes et justes. Lorsqu'il ouvre les deux yeux, il voit double, mais seulement lorsque l'objet est à une certaine distance. Quand l'objet qu'il regarde est au point de vue distinct, à 30 ou 35 centimètres environ de ses yeux, la vue est simple, quoique les deux yeux soient ouverts. La vue est également simple quand le malade ferme un de ses yeux.

» Toutes les fonctions, du reste, sont parfaitement normales; la résonnance et la respiration sont bonnes; les bruits du cœur purs, bien frappés. Pouls à 72-76. Appétit conservé. Pas de diarrhée ni de constipation anormales. Chiendent, réglisse, 2 pots. Demi-portion.

» Les jours suivants, persistance des mêmes symptômes. Les douleurs de tête étant toujours violentes, des bains de pieds sinapisés sont prescrits. Au bout de trois semaines de séjour à l'hôpital, le malade, se sentant un peu soulagé, demande sa sortie.

Remarques. — » Pour ceux qui ne voudraient voir dans la médecine que de la thérapeutique active suivie toujours de résultats bien manifestes, ou de l'anatomie pathologique venant justifier ou renverser le diagnostic porté pendant la vie, l'observation précédente n'offrirait aucun intérêt; les moyens thérapeutiques, en effet, qui ont été mis en usage, se sont réduits à quelques légers révulsifs sur les membres inférieurs, qui n'ont produit que peu de résultats, et le malade est sorti de l'hôpital à peu de chose près comme il y était entré, sans que la mort soit venue fournir l'occasion de constater le siége, la nature et l'étendue des lésions qui existent incontestablement dans le système nerveux de ce sujet. Mais pour ceux qui attachent de l'importance à la discussion que nécessite un diagnostic différentiel dans un cas obscur, le fait dans les détails duquel nous venons d'entrer présente une haute valeur.

» Le sujet dont il s'agit est atteint d'une manière incontestable, et qui ne permet aucun doute, d'une affection chronique du cerveau. Mais quelle est cette lésion? C'est ce que nous allons tâcher de déterminer d'après les symptômes qui ont été observés.

» Relativement à l'étiologie d'abord, cet homme ne connaît dans sa famille aucun exemple de maladie semblable. Questionné avec soin également sous un autre rapport, il a affirmé n'avoir point entendu dire qu'il y eût eu des phthisiques parmi ses ascendants. Son père et sa mère sont encore vivants et bien portants. Voilà pour l'hérédité. Notre sujet n'a point eu de maladie syphilitique, pas même une simple blennorrhagie, et l'on ne peut conséquemment arrêter un seul instant sa pensée sur l'existence de quelque tumeur intra-

crânienne qui se serait progressivement développée en produisant une compression du cerveau, tumeur déterminée par des accidents tertiaires de l'infection syphilitique, une exostose, par exemple.

» Ce malade ne présente aucune trace d'affection scrofuleuse ; d'un tempérament lymphatico-sanguin, il n'a présenté dans son enfance aucun de ces accidents si fréquents parmi les jeunes sujets, tels que des engorgements des ganglions du cou, des maux d'yeux et d'oreilles, des croûtes dans les cheveux. Aucune cicatrice ne se fait remarquer à son cou, et ses parents affirment positivement qu'il n'a rien éprouvé de cette espèce. Examiné avec la plus grande attention sous le rapport des organes circulatoires et respiratoires, il n'a présenté aucun symptôme de phthisie pulmonaire, même à une époque aussi rapprochée du début qu'il soit possible de le constater. Enfin, et comme pour dérouter complétement le médecin sous le point de vue de l'étiologie de la maladie, ce jeune homme n'a point été dans son enfance sujet à ces convulsions si fréquentes à l'époque de la dentition. Le malade n'a pu indiquer, même approximativement, la moindre cause à laquelle il crût pouvoir rapporter sa maladie. On est donc privé de toute manière, ici, d'un élément souvent important de diagnostic.

» D'après les symptômes énumérés dans l'observation, il est constant, et personne n'en peut douter, qu'une altération existe dans l'hémisphère gauche du cerveau. Les accidents éprouvés par le malade dans le côté droit en sont la preuve évidente. Dans quelle partie de l'hémisphère gauche siége cette altération? M. Rostan pense que c'est dans la partie centrale, et voici sur quelles raisons il base son diagnostic. Si la paralysie, dit-il, atteint également le membre supérieur et le membre inférieur du même côté, qu'en même temps elle soit incomplète, c'est-à-dire qu'elle n'empêche pas les mouvements de s'opérer complétement, vous avez affaire à une altération peu profonde, d'une faible étendue; si elle était très considérable, l'altération fonctionnelle serait également très grande, et la perte des mouvements serait certainement complète. Si elle paralyse également le membre supérieur et le membre inférieur, il faut qu'elle soit placée sur la limite des parties qui président aux mouvements de ces deux membres. On comprend qu'il est nécessaire d'admettre, *à priori*, pour justifier ce raisonnement, l'existence de deux portions distinctes du cerveau, l'une présidant aux mouvements de membre supérieur, l'autre à ceux du membre pelvien.

» Ceci une fois admis, il est difficile de penser qu'il y ait altération double, c'est-à-dire qu'une lésion peu considérable et à peu près de la même étendue, existe dans chacune des deux régions dont on a reconnu l'existence. N'est-il pas beaucoup plus simple, beaucoup plus logique, de penser qu'il n'y a qu'une seule altération, mais occupant la partie moyenne placée sur les confins de l'une et l'autre région, et que cette altération est peu volumineuse? Voilà pour le volume, pour l'étendue et la place qu'occupe l'altération. Mais ce n'est pas tout. Quelle est la nature de la lésion? Est-ce une tumeur cancéreuse. fongueuse, osseuse? Sont-ce des acéphalocystes? Examinons l'une après l'autre chacune de ces opinions.

» Une tumeur osseuse, c'est peu probable. Il est rare que des tumeurs osseuses se développent dans l'intérieur du crâne, qui ne soient pas le résultat d'une syphilis constitutionnelle. Les exostoses constituent un symptôme fréquent de cette période de l'infection syphilitique caractérisée par ces phénomènes que désignent les syphilographes modernes sous le nom d'accidents tertiaires. Elles sont la suite d'une ostéite vénérienne. Or, le siége de cette ostéite, ce sont ordinairement les os les plus rapprochés de la peau, les plus superficiels, le tibia, la clavicule, le crâne, etc. Sans entrer dans la description de l'ostéite syphilitique, nous rappellerons seulement que la marche de cette maladie est lente; qu'elle s'accompagne de douleurs sourdes, assez analogues à celles qui furent ressenties par notre malade pendant les premiers temps du développement de son affection, et qu'enfin elle se termine très fréquemment par des tumeurs osseuses, éburnées, qui ne sont autre chose que l'induration de l'exostose. Mais le jeune homme dont il s'agit maintenant n'a jamais eu de maladies vénériennes, partant ne peut présenter

des symptômes de syphilis constitutionnelle. Il n'est certainement pas impossible à la rigueur que des exostoses se développent indépendamment de l'affection vénérienne, mais le cas est excessivement rare. M. Rostan, qui a souvent vu des exostoses crâniennes, suite de syphilis constitutionnelles, n'a vu qu'un seul cas où la tumeur osseuse ne pouvait point être rapportée à cette cause.

» Est-ce une tumeur fongueuse de la dure-mère? Les auteurs qui se sont occupés de cette maladie ont prétendu qu'elle était plus commune chez les enfants que chez les sujets qui sont de tout autre âge. M. Rostan croit avoir remarqué, au contraire, pendant qu'il faisait le service à la Salpêtrière, que c'est chez les vieillards que ces fongus sont le plus communs, sans que cependant il soit sans exemple de les voir développés chez l'adulte. Les symptômes qui accompagnent leur formation et leur développement ont sans doute quelques rapports avec ceux qu'a présentés le malade dont nous nous occupons. Des douleurs de tête fixes, gravatives, occupant seulement un côté de la tête; puis, quand la maladie a fait des progrès, l'hémiplégie, la paralysie, etc., sont au nombre des symptômes des tumeurs fongueuses de la dure-mère. Mais il est très rare, si tant est que ce soit possible, que les tumeurs de cette espèce restent stationnaires pendant un aussi long espace de temps. Au bout d'un temps plus ou moins long, ils amincissent les os du crâne, les percent et finissent par faire saillie au dehors. Toutes ces circonstances se réunissent pour infirmer l'idée d'une tumeur fongueuse de la dure-mère.

» Serait-ce à un épanchement sanguin, suite d'hémorrhagie cérébrale, que l'on aurait affaire dans cette circonstance? Cette pensée mérite à peine d'être examinée. Une hémorrhagie cérébrale se produit très rapidement, et ses effets sont instantanés, bien loin de ressembler à ceux qui se sont produits ici lentement et presque d'une manière insensible; puis un épanchement sanguin, produit par une hémorrhagie cérébrale et ayant déterminé une paralysie, ne serait certainement pas resté stationnaire pendant plusieurs années. Il eût été résorbé, du moins en partie, ou aurait produit, comme corps étranger, des désordres beaucoup plus considérables que ceux qui existent chez notre malade.

» Il y a sans doute, dans le cas actuel, des symptômes qui pourraient se rapprocher de ceux qui caractérisent le ramollissement du cerveau : la douleur fixe, profonde dans un point particulier et borné de la tête; la paralysie complète ou incomplète d'un ou de plusieurs membres; une marche lente de la maladie, tels sont les phénomènes qui appartiennent également au ramollissement cérébral et à l'affection qui nous occupe ici. Mais souvent, dans le ramollissement du cerveau, il y a lésion fonctionnelle des organes des sens, soit d'une manière générale, soit de quelques uns en particulier. Ici, rien de pareil n'a eu lieu. De plus, et ceci est fort important, la sensibilité est rarement intacte dans les membres paralysés par suite du ramollissement cérébral; elle est parfaitement normale dans le cas qui nous occupe. Pour la marche de la maladie, lente quelquefois au début, elle devient toujours rapide et précipitée lorsque les phénomènes de la paralysie se sont une fois montrés. Il est extrêmement rare de voir diminuer les signes de paralysie à une époque assez avancée de cette affection. La marche de la maladie est essentiellement continue et toujours croissante. Nous voyons que chez le malade dont nous nous occupons, la paralysie a diminué d'intensité depuis le jour où, entré dans notre service, il présentait ces phénomènes à leur maximum d'intensité.

» Les motifs que nous venons de citer en détail nous prouvent donc positivement que la maladie à laquelle nous avons affaire ici n'est ni une exostose, ni une tumeur fongueuse de la dure-mère, ni un épanchement sanguin résultant d'une hémorrhagie cérébrale, ni un ramollissement.

» Serait-ce un tubercule du cerveau? s'est demandé M. Rostan. Le malade, il faut l'avouer, est bien dans l'âge où les tubercules se développent, où les affections tuberculeuses sont le plus fréquentes. Un médecin distingué a établi une loi, et disons en passant que ce mot de *loi* est peut-être un peu prétentieux, une loi en vertu de laquelle il ne pourrait y avoir de tubercules dans aucune partie du corps sans

qu'il en existât dans les poumons : or, le jeune homme dont il s'agit n'a pas de tubercules dans les poumons ; ausculté et percuté à plusieurs reprises, il a présenté partout les signes d'une respiration parfaitement normale. Si la loi était juste, positive et sans exception, nous ne serions donc point fondés à croire que le cerveau pût être le siége chez ce malade d'une affection tuberculeuse, et cependant, dit M. Rostan, je ne vois rien d'impossible à penser que ce jeune homme a des tubercules dans le cerveau, d'autant plus que l'expérience et des faits antérieurs nous apprennent qu'il est possible qu'il en soit ainsi.

» En 1828, une jeune fille entra dans le service de M. Rostan, qui diagnostiqua chez elle un tubercule ayant son siége dans la protubérance annulaire ; cependant l'exploration de la poitrine ne permettait de reconnaître aucune trace d'affection tuberculeuse de l'appareil respiratoire. La malade sortit des salles comme le cours se terminait, et quelques mois après elle rentrait dans le même service. Un nouvel examen ne fit que confirmer le professeur dans son opinion première, et, à la mort, qui survint au bout de peu de temps, on trouva un tubercule de la grosseur d'un marron, occupant la protubérance annulaire. Le tissu pulmonaire ne présentait rien d'analogue, et aucune trace, non seulement de tubercules, mais même de granulations miliaires. C'était un simple tubercule cru dont l'existence avait été diagnostiquée pendant la vie.

» Ce fait, qui n'est pas sans analogue, nous prouve que la loi établie par M. Louis n'est pas sans exception peut-être, et qu'il ne serait pas impossible que la lésion cérébrale qui existe manifestement chez ce sujet fût une affection tuberculeuse unique, locale. M. Rostan pense que l'on doit exclure le cancer. D'abord le sujet n'est pas dans l'âge où se développent habituellement les affections de ce genre. Ce n'est pas que le cancer ne puisse quelquefois se montrer chez de jeunes sujets ; mais ces cas sont rares, et cette rareté est la raison qui nous porte à éliminer tout d'abord cette espèce d'altération.

» Parlerons-nous des hydatides du cerveau ? C'est une affection assez commune, il est vrai, pour qu'il ne fût pas impossible qu'elle existât ; mais rarement il existe une seule de ces productions ; le plus fréquemment elles sont nombreuses, et alors il existe des phénomènes généraux qui mettent promptement sur la voie du diagnostic. M. Rostan n'a vu que deux fois des acéphalocystes isolées, et leur rareté l'empêche d'admettre ici l'existence d'un kyste hydatique.

» En résumé, il est évident pour tout le monde et d'après les symptômes que nous venons d'indiquer, que le cerveau est le siége d'une lésion chronique peu étendue. De la discussion à laquelle nous nous sommes livrés, il semble résulter, et nous donnons ici l'opinion de M. Rostan, appuyée sur les probabilités les plus fortes, que cette affection est une production tuberculeuse enkystée. Ce qui m'étonne, ajoute ce professeur, c'est que la maladie reste ainsi stationnaire, sans faire aucun progrès vers la guérison, sans que rien fasse présager une funeste terminaison. Depuis trois ans elle est constamment la même, aussi répugnons-nous à recommencer l'emploi de moyens violents que nous avions mis en usage au commencement de la maladie. Les moxas, les sétons, les vésicatoires n'auraient très probablement que bien peu de pouvoir sur l'affection que présente notre jeune malade.

» Puisque son état n'empire point, que même s'il y a eu depuis deux ans quelques changements, c'est plutôt à l'avantage du malade qu'à son désavantage, la prudence nous commande de nous borner à une médication purement expectante. » (Rostan, *Gaz. des hopit.*, 26 décembre 1843.)

Les causes des tubercules cérébraux sont très probablement les mêmes que celles des tubercules de tous les autres organes. Ils ont été observés sur les deux sexes. Jusqu'à présent, néanmoins, leur fréquence paraît prédominer chez l'homme. La matière tuberculeuse n'a guère été rencontrée jusqu'ici dans l'encéphale avant l'âge de deux ans, ni après la quarante-cinquième année. Chez trente individus dont M. Calmeil a recueilli l'histoire, les âges se trouvent ainsi répartis : quatre, moins de cinq ans ; sept, moins de dix ans et plus de cinq ans ; un seul individu figure entre dix et quinze ans ; un seul

entre vingt-cinq et trente ans; cinq ont de quinze à vingt ans; trois de trente-cinq à quarante; trois de quarante à quarante-cinq; ainsi près de la moitié des sujets appartiennent encore à l'enfance.

Dans deux cas, la menstruation est supprimée ou irrégulière; trois malades ont fait autrefois des chutes sur la tête; plusieurs ont des parents aliénés, tuberculeux ou cancéreux; plusieurs offrent l'apparence d'une constitution éminemment lymphatique ou scrofuleuse; plusieurs portent aux bras ou au cou des abcès strumeux plus ou moins anciens, des écoulements d'oreilles. Les deux tiers ont des tubercules dans la poitrine. Presque tous ceux dont l'état du canal digestif, des ganglions mésentériques, du foie, etc., est noté au moment de l'autopsie, offrent également dans toutes ces parties des masses considérables de matière en tout semblable à celle qui est déposée dans le tissu nerveux. Cependant, une seule fois sur les nombreux phthisiques observés par M. Louis, l'encéphale contient des tubercules. Au reste, on ne connaît point de cause éventuelle physique ou autre dont l'action ait paru concourir d'une manière évidente et spéciale à la production des tubercules du cerveau.

Le diagnostic d'une production de nature tuberculeuse dans le cerveau n'étant presque jamais bien positivement arrêté, et les ressources de l'art, contre ce genre de produit morbide, étant par malheur à peu près nulles, alors même que l'on observe les principaux signes qui annoncent la présence d'un tubercule dans l'encéphale, on est fort embarrassé pour établir un traitement rationnel, et l'on est à peu près réduit à combattre les symptômes qui inspirent le plus d'inquiétude, au fur et à mesure qu'ils se présentent. Il convient cependant, si le sujet est scrofuleux, et s'il porte des plaies au dehors, d'appeler une suppuration abondante vers les surfaces abcédées. L'on pratique des frictions aromatiques sur les membres, et l'on cherche à réformer la constitution générale par une nourriture peu copieuse, mais succulente. Les applications de sangsues aux tempes, derrière les oreilles, les pédiluves acidulés, soulagent quelquefois momentanément les maux de tête, et font cesser l'accablement. Les exutoires placés à la nuque, l'emploi des purgatifs doux, procurent quelquefois des rémittences assez longues. Chez les individus robustes, les saignées copieuses déterminent, en général, une amélioration très prompte, mais qui ne se soutient que pendant quelques jours; l'on est donc contraint d'ouvrir de nouveau la veine, et bientôt ce moyen se trouve sans effet ou même devient nuisible.

ARTICLE XVI.

Cancer du cerveau.

L'encéphale n'échappe point à cette funeste dégénérescence qu'on a désignée sous le nom de cancer; on paraît même y avoir observé les différentes variétés comprises sous cette désignation générique, c'est-à-dire l'*encéphaloïde*, le *squirrhe*, et même le tissu *colloïde*. Quant à ce qu'on a décrit sous le nom de *sarcome vrai*, *cancer sarcomateux*, et qu'on a également rencontré dans l'encéphale, ce tissu ne constitue point une espèce particulière; ce n'est le plus souvent qu'une forme de l'encéphaloïde à vaisseaux très développés, ou bien un simple résultat d'inflammation constituant alors une variété particulière de ce que nous avons décrit, d'après M. Lallemand, sous le nom d'indurations rouges. (Voy. art. Encéphalite.)

M. Andral a réuni quarante-trois cas de cancer de diverses variétés (*Clinique médicale*, t. V, p. 634), et a été conduit, par leur analyse minutieuse, aux résultats suivants:

« Dans ces quarante-trois cas, dit-il, trente et une fois le cancer affectait les hémisphères cérébraux, trois fois la glande pituitaire, cinq fois le cervelet, une fois le mésocéphale et trois fois la moelle épinière.

» Le volume des masses cancéreuses développées dans les centres nerveux est loin d'être toujours le même; il y a des cas où un hémisphère tout entier est transformé en cancer; il y en a d'autres où le produit accidentel égale à peine la grosseur d'une noisette.

» Leur nombre est également variable: tantôt il n'y en a qu'un seul, tantôt on en trouve plusieurs qui occupent divers points de l'encéphale.

» Autour de ces masses cancéreuses, la substance nerveuse présente un aspect

qui est loin d'être toujours identique. Il y a des cas où elle présente toutes les conditions de son état normal ; il y en a d'autres où elle est altérée, soit simplement injectée à divers degrés, soit indurée et plus souvent ramollie.

» Lorsque le cancer atteint la périphérie du cerveau, il peut envahir les méninges et les détruire; il peut encore étendre ses ravages jusque sur le tissu osseux lui-même ; on a vu des cas où il avait détruit complétement les os temporal et frontal ; on en a vu d'autres où, après avoir perforé la lame criblée de l'ethmoïde, il avait pénétré dans les fosses nasales, et rempli les différents sinus qui communiquent avec ces cavités. Dans un cas, le cancer, développé du côté de la face inférieure du cerveau, était sorti du crâne, en envoyant des ramifications à travers les trous de sa base.

» Lorsque le cancer est situé de manière à toucher les nerfs, il les laisse rarement intacts ; tantôt ils subissent aussi la dégénération cancéreuse, tantôt ils sont comprimés ou détruits par la tumeur qui les entoure.

» Parmi les quarante-trois cas sur lesquels porte notre analyse, il y en avait dix dans lesquels le cancer dont les centres nerveux étaient le siége avait aussi envahi d'autres organes. Dans aucun de ces dix cas le cerveau ne paraît avoir été le siége primitif du mal, et il a fallu que divers points eussent déjà été envahis par lui pour que les centres nerveux en fussent affectés à leur tour. Quelquefois même le cerveau n'est devenu cancéreux qu'après qu'on eut enlevé un cancer dans une partie. Voici, à cet égard, un cas remarquable que nous avons observé naguère à la Charité, dans les salles de MM. Boyer et Roux : Un homme reçoit un coup sur les testicule. Cet organe reste tuméfié, douloureux, et il subit rapidement la dégénération cancéreuse ; on en fait l'ablation, lorsqu'au moment de l'opération tous les autres organes paraissent intacts. A peine ce testicule malade a-t-il été enlevé, que tout à coup cet homme, qui avait conservé jusque là un état général de santé satisfaisant, tombe dans un dépérissement rapide ; il succombe, et à l'ouverture du corps, on trouve des masses cancéreuses énormes dans tous les ganglions lymphatiques du mésentère, dans le foie, dans la rate, dans les poumons, et enfin dans le cerveau.

» Ainsi, dans ce cas, une violence extérieure agit d'abord comme cause purement occasionnelle pour développer, dans la partie accidentellement irritée, une lésion à laquelle l'économie était prédisposée.

» Sans cette prédisposition, elle ne l'aurait pas produite. Une fois le branle donné, si je puis ainsi dire, c'est de toutes parts que pullulent des cancers ; il n'est plus besoin, pour leur donner naissance, d'une irritation extérieure semblable à celle qui avait agi sur le testicule ; mais, chose remarquable, cette diathèse ne surgit ainsi, ou du moins les symptômes ne nous la traduisent que lorsqu'on a enlevé l'organe dans lequel la cause du cancer semblait s'être enfermée, et où elle paraissait encore s'épuiser.

» Les causes sous l'influence desquelles se développe le cancer du cerveau ne sont pas mieux connues que celles qui le produisent dans les autres parties du corps. Là, comme ailleurs, il faut admettre une prédisposition sans laquelle les causes occasionnelles restent sans influence. Ces causes occasionnelles elles-mêmes ne sont appréciables pour nous que dans le plus petit nombre des cas. Ainsi, sur nos quarante-trois cas, il n'y en a que deux dans lesquels le cancer du cerveau ait succédé à une violence extérieure à laquelle le crâne avait été soumis. Dans deux cas, il s'est développé à la suite d'une maladie aiguë de cerveau ou de ses enveloppes.

» Le cancer du cerveau a été observé dans les périodes de la vie les plus diverses, depuis l'âge de deux ans seulement jusqu'à celui de soixante-dix-sept ans. Voici ce que nous montrent à cet égard nos quarante-trois cas.

» Avant l'âge de vingt ans, huit cas de cancers de l'encéphale ont été observés, dont :

2	cas	à	2	ans.
1	—		3	—
1	—		4	—
1	—		7	—
1	—		11	—
1	—		14	—
1	—		17	—

» De vingt à trente ans, nous ne connaissons que deux cas, dont l'un relatif à un sujet de vingt et un ans, et l'autre relatif à un sujet âgé de vingt-neuf ans.

» De trente à quarante ans, nous trouvons huit cas reportés ainsi qu'il suit :

2	cas à	33 ans.
1	—	34 —
1	—	36 —
2	—	37 —
2	—	38 —

» De quarante à cinquante ans, nous trouvons onze cas répartis ainsi qu'il suit :

1	cas à	40 ans.
1	—	41 —
3	—	45 —
3	—	47 —
2	—	48 —
1	—	50 —

» De cinquante à soixante ans, nous trouvons neuf cas répartis ainsi qu'il suit :

1	cas à	51 ans.
3	—	52 —
1	—	55 —
1	—	57 —
3	—	58 —

» De soixante à quatre-vingts ans, nous trouvons cinq cas répartis ainsi qu'il suit :

1	cas à	62 ans.
1	—	64 —
1	—	66 —
1	—	71 —
1	—	77 — »

Au commencement du passage que nous venons de citer, M. Andral a fait remarquer en passant combien il était fréquent de voir le cancer affecter d'abord les méninges et n'affecter la substance nerveuse que consécutivement; mais il n'a pas assez insisté sur ce fait, qui n'a pas aujourd'hui d'applications pratiques directes, mais qui pourrait en avoir plus tard. Voici deux observations qui permettront de saisir la filiation que suit habituellement le cancer de l'encéphale dans son développement.

Obs. 1. *Cancer encéphaloïde de la dure-mère ; altérations commençantes du cerveau.*

« L... Jean-Baptiste, quarante-six ans, cantonnier chef depuis quinze ans, d'une taille assez élevée, d'une forte constitution, cheveux noirs grisonnants, peau basanée, très brun, entre à l'hôpital le 26 février 1843, dans le service de M. Laugier. Bonne santé habituelle, blennorrhagie il y a vingt-trois ans, et, un an après, inflammation des yeux, qui ne fut guérie que onze mois après son début. Depuis lors, le malade fut bien portant jusque vers le mois d'avril 1841 (il y a vingt-deux mois). Jusqu'à cette époque, il éprouva à la jambe droite des douleurs de nature rhumatismale qui disparurent bientôt. Il y a vingt mois environ, céphalalgie, fréquents étourdissements, et une fois perte de connaissance; la vue se conserva jusqu'en décembre 1842, où elle se perdit dans les deux yeux. On combattit la cécité par deux saignées du bras, des vésicatoires à la nuque et au bras; le malade fut purgé; enfin, en dernier lieu, on établit un cautère au bras droit qu'il porte encore actuellement. Tous ces moyens furent employés sans le moindre succès; la cécité persistait, ainsi que la céphalalgie, lors de son entrée à l'hôpital. A cette époque, on nota : embonpoint conservé ainsi que les forces, face bien colorée, régulière, céphalalgie frontale; cécité complète; les yeux sont modérément ouverts, et les pupilles médiocrement larges, un peu paresseuses, d'ailleurs régulières et égales entre elles, ne laissant voir aucun trouble appréciable au fond de l'œil; ouïe conservée, quelques bourdonnements d'oreilles par intervalles; intelligence affaiblie, ainsi que la mémoire. Ce n'est qu'avec beaucoup de difficultés que l'on peut obtenir de lui les renseignements qu'on a trouvés ci-dessus. Appétit conservé; digestion, circulation, respiration à l'état normal; pouls, 60, régulier; 25 sangsues au cou; un vésicatoire sur le front; deux portions d'aliments. Jusqu'au 5 mars, aucun changement notable; on place un séton à la nuque.

» Le 15 mars, une attaque épileptiforme avec perte de connaissance; roideur et mouvements convulsifs des quatre membres; au bout de quelques minutes, le malade revient à lui, mais il divague; il tient des propos incohérents; on lui met la camisolle de force; l'agitation cesse bientôt; mais la raison reste plus imparfaite qu'auparavant.

» Le 16, passage dans le service de M. Louis, jusqu'au 14 juillet suivant,

veille de la mort. La céphalalgie frontale persiste, ainsi que la perte de la vue. Accès épileptiformes semblables au précédent, à sept ou huit reprises, sans agitations; le mouvement se conserve; chaque jour le malade est levé une partie de la journée, et la sensibilité cutanée, l'ouïe, restent intactes; l'appétit se conserve en bon état, ainsi que l'embonpoint.

» On donne au malade de trois à quatre portions d'aliments et de la tisane, sans autre médication particulière.

» Dans la soirée du 14 juillet, le malade accuse du malaise, plus de céphalalgie qu'à l'ordinaire; ses discours sont plus incohérents; il a quelques hallucinations: on le fait coucher de bonne heure; un peu de délire tranquille se manifeste dans la nuit.

» Le 15, le même état persiste; la figure est peu colorée; un peu d'assoupissement par intervalle; pouls, 80, régulier; constipation. — Limon. avec 8 grains de crème de tartre soluble, lavement de savon, diète absolue, saignée conditionnelle le soir.

» A trois heures, on s'aperçoit que le malade, qui était resté au lit, est sans connaissance, les membres dans la résolution, la face livide; cependant le pouls est encore plein et accéléré, 120. On pratique sur-le-champ une saignée de 300 gr. qui coule bien; un instant après le pouls se ralentit peu à peu; la respiration se ralentit aussi, devient râlante; et la mort survient sans que le malade soit revenu à lui.

» *Ouverture du cadavre quarante et une heures après la mort, par une température de 28 degrés centigrades.* — Rigidité cadavérique prononcée des quatre membres; couleur violacée de la partie postérieure du tronc; légère teinte verdâtre sur la paroi abdominale.

» *Tête.* — Médiocrement volumineuse, bien conformée; congestion sanguine considérable du cuir chevelu; voûte du crâne saine; dure-mère, arachnoïde et pie-mère à l'état normal; peu de sérosité dans la pie-mère, et coagulation assez notable de ses vaisseaux.

» Une tumeur ovoïde, aplatie de haut en bas, de 58 millim. d'avant en arrière, de 60 millim. transversalement, est située à la base du crâne, et repose sur la lame criblée et sur la portion voisine du plancher de l'orbite; elle adhère intimement à la dure-mère, qui recouvre ces parties; en avant, elle offre une échancrure où se logeait le cristallin; en arrière, elle arrive jusqu'au chiasma optique, qu'elle touche sans le comprimer. Par sa face supérieure, elle correspond sur la ligne médiane, à la partie antérieure du bord concave de la peau; sur les côtés, elle est recouverte par la face inférieure des lobes antérieurs du cerveau soulevés et écartés; elle n'adhère en aucune façon au cerveau ni à ses membranes, et la substance cérébrale offre au point de contact un ramollissement d'un jaune pâle, qui s'étend, en diminuant d'intensité, dans le reste de ces lobes, à un égal degré des deux côtés, jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure des ventricules latéraux.

» Les nerfs optiques ne sont pas comprimés notablemeni, ainsi qu'il a été dit; mais ils sont petits, jaunâtres, un peu ramollis, et leur plus grande largeur dehors du chiasma est de 5 millim. Les deux nerfs olfactifs, à partir de leur origine, abandonnent le sillon olfactif, se portent horizontalement sur les côtés de la tumeur contre laquelle ils sont appliqués; ils sont d'un blanc jaunâtre, extrêmement mous, et l'on ne peut les suivre jusqu'à la lame criblée, qui d'ailleurs est recouverte en entier par la base de la tumeur; enfin notons, pour terminer ce qui concerne les rapports de cette production pathologique, que les parties de la base du crâne déjà indiquées, que les os, à ce niveau, sont rouges, d'une épaisseur ordinaire, se laissant couper assez facilement avec le scalpel, et qu'enfin les cavités sous-jacentes, orbites et fosses nasales, sont à l'état normal.

» Structure de la tumeur: consistance peu considérable, la même partout, semblable à celle du cervelet; surface lisse, légère disposition lobée. Sur la membrane mince et transparente qui l'enveloppe se voient quelques vaisseaux sanguins qui proviennent de la base, et viennent se ramifier à sa face supérieure, et en examinant avec attention, la transparence de la membrane indiquée permet de voir des espèces de granules jaunâtres, entre les-

quels se trouve une matière ou laiteuse ou d'un rose perle qui en remplit les intervalles. A la coupe, consistance peu considérable; suc blanchâtre qu'on enlève en râclant avec le scapel, on y retrouve les granules blanchâtres et jaunâtres indiqués à la surface extérieure, et, de plus, une foule de vaisseaux capillaires extrêmement fins. Aucune trace de cloison dans son intérieur.

» A part le ramollissement indiqué des lobes antérieurs du cerveau, on ne trouve aucune autre altération dans cet organe. Sinus distendus par une quantité considérable de sang noir et liquide.

» *Thorax.* — Engouement prononcé des deux poumons sans autre altération.

» *Cœur.* — Assez volumineux, mou; ses cavités contiennent du sang noir et liquide, pas de caillots, et partout l'endocarde offre une couleur d'un rouge foncé, uniforme, sans épaississement ni autre altération.

» *Abdomen.* — Muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle et gros, pâle et saine; foie volumineux, fortement congestionné; rate médiocrement volumineuse, molle, presque diffluente, couleur de lie de vin; les deux reins un peu congestionnés, sains d'ailleurs.

» Aucune trace de cancer dans ces divers organes. » (H. de Castelnau, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 18e année, p. 227.)

Obs. 2. *Ancienne douleur de la tête bornée au front; tout à coup violent accès d'épilepsie et mort; cancer dans les lobes antérieurs du cerveau.*

« Marie Houdin, cuisinière, âgée de quarante ans, fut amenée à la Salpêtrière, le 23 avril 1843. Des renseignements qui nous ont été communiqués, il résulte qu'elle a joui d'une bonne santé jusqu'au mois d'août 1842. A cette époque, elle se sentit quelques fourmillements dans les bras et dans les jambes, resta couchée trois jours, après lesquels elle reprit son travail ordinaire.

» Un mois après, une céphalalgie assez intense, ayant pour siége fixe la région frontale, commence à se manifester; insensiblement les douleurs de tête augmentent d'intensité, deviennent lancinantes et s'exaspèrent par intervalles au point d'arracher des cris à la malade; insomnie; quelquefois convulsions de la face avec semi-perte de connaissance, et excrétions alvines involontaires (vertige épileptique). Sous l'influence de ces symptômes, M. H. s'affaiblit rapidement, les traits se décomposent. Au mois de février, le mal de tête se change en un sentiment de pression continuelle à la partie antérieure du crâne; la malade porte constamment la main au front, et dit souffrir des douleurs horribles; elle ne sent plus les odeurs.

» Le 12 mars, elle est obligée d'interrompre son travail et se met au lit; dès lors assoupissement, perte de la mémoire, affaiblissement de l'intelligence, diarrhée et mictions involontaires.

» Le 24 mars, elle est amenée à l'Hôtel-Dieu; les symptômes précédents sont constatés; de plus, on remarque un certain trouble dans les idées, et on l'envoie le 4 avril à l'infirmerie de la Salpêtrière, où elle offre à l'observation l'état suivant :

» Physionomie hébétée, teinte jaune-paille de la face, prostration musculaire, pas de paralysie d'aucun membre, pouls ralenti, 40 pulsations; intelligence obtuse; excrétions alvines involontaires; perte de l'odorat; envie de vomir continuelle. Interrogée sur son état, M. H. fait attendre ses réponses, mais parle encore très bien, et accuse une céphalalgie très intense occupant la région frontale.

» Le 7 avril, à huit heures du matin, attaque violente d'épilepsie, qui se répète quatre ou cinq fois; puis coma profond, au milieu duquel la malade succombe à trois heures de l'après-midi.

» *Autopsie quarante heures après la mort.* — *Crâne* régulièrement conformé; en avant, sur la ligne médiane, et de chaque côté, dans l'étendue de 2 à 3 centimètres en largeur, et de 6 centimètres d'avant en arrière, la dure-mère, avant d'atteindre l'angle rentrant formé par les trois quarts supérieurs du frontal avec son quart inférieur, devient très adhérente aux os. Mise à découvert, la surface osseuse présente dans cette étendue un crible grisâtre manifeste.

» La surface externe de la dure-mère est rugueuse, sa surface interne a contracté de chaque côté une union intime avec une

tumeur de la grosseur d'une noix, occupant chacun des lobes antérieurs, et communiquant par la dure-mère altérée dans la partie antérieure de sa face, jusqu'à l'apophyse *crista-galli*. Le tissu altéré, d'un blanc sale, assez consistant et parcouru par des lignes rougeâtres s'entre-croisant en divers sens, a tous les caractères de l'encéphaloïde ; on peut en exprimer par la pression le suc cancéreux.

» La lésion est parfaitement circonscrite ; la substance cérébrale qui l'entoure est un peu ramollie. Les nerfs olfactifs, sains à leur origine, se perdent dans la partie cancéreuse.

» Deux ou trois tubercules existent au sommet des deux poumons ; l'ovaire droit présente un petit kyste. Rien de remarquable dans les autres viscères. » (Cordier, *Bullet. de la Soc. an. de Paris* ; 18e ann., p. 223.)

Un membre de la Société anatomique, chargé de faire un rapport sur l'observation précédente, se livre à de nombreuses réflexions parmi lesquelles on trouve le passage qui suit :

« Ce fait, messieurs, est du nombre de ceux qui peuvent servir à montrer combien est grande l'influence des affections des méninges sur le développement des maladies du cerveau. En effet, après avoir admis avec M. Cordier la nature encéphaloïde de la tumeur, nous avons dû examiner quel avait pu être le point de départ de la maladie, et rechercher si celle-ci s'était communiquée aux méninges après avoir débuté par le cerveau, ou bien si, en suivant une marche inverse, l'affection des lobes antérieurs n'était pas consécutive à l'altération de ces enveloppes. Nous avons été naturellement conduit à admettre cette opinion, en voyant les prolongements que la dure-mère envoyait au cerveau, prolongements qui se perdaient insensiblement dans la partie malade. La symétrie avec laquelle la désorganisation s'était emparée des parties voisines de la ligne médiane venait aussi corroborer cette manière de voir, qui s'accordait du reste avec les symptômes observés pendant la vie de la malade. » (Thibault, *Bullet. de la Soc. anat.*, vol. et p. cités.)

Symptômes. — Voici comment s'exprime M. Andral au sujet de la symptomatologie du cancer :

« Comme tous les autres produits accidentels développés dans le cerveau, le cancer n'y révèle sa présence par aucun symptôme caractéristique. Suivant sa situation, son volume, l'état de la substance nerveuse autour de lui, et enfin suivant la manière toute vitale dont le cerveau est affecté par sa présence, ce produit morbide s'accompagne d'accidents divers, et c'est bien moins par leur nature même, que par leur mode d'apparition et d'enchaînement, et par l'ensemble des circonstances de la maladie, qu'on peut parvenir à en établir le diagnostic.

» Ces accidents peuvent porter sur l'intelligence, sur le mouvement, sur le sentiment, sur les différents actes de la vie organique.

» Les altérations de l'intelligence ne sont rien moins que constantes. Loin de là, dans le plus grand nombre des cas observés jusqu'à ce jour, l'intelligence est restée intacte. Dans d'autres, elle ne s'est troublée que dans les derniers temps de la maladie. Il y a aussi des cas où ce n'est qu'à des intervalles plus ou moins éloignés que les facultés intellectuelles perdent leur lucidité ; les sujets présentent de temps en temps, soit un état obtus de l'intelligence, soit une perte plus ou moins considérable de la mémoire, soit un véritable délire. Enfin, quelques uns des individus, dans le cerveau desquels on a constaté pour toute lésion la présence d'un cancer, ont été frappés d'aliénation mentale.

» Les lésions du mouvement ne sont pas plus constantes que celles de l'intelligence ; on les a vues manquer dans plus d'un cas. Lorsqu'elles existent, ce qui est d'ailleurs le cas le plus commun, elles consistent le plus ordinairement dans une paralysie qui s'établit graduellement. Tantôt cette paralysie est partielle ; c'est une simple hémiplégie, ou bien encore une paraplégie. Cette dernière espèce de paralysie avait lieu dans un cas remarquable cité par M. Esquirol, où chaque extrémité antérieure de l'un et l'autre hémisphère était occupée par une masse cancéreuse.

» Cette paralysie peut d'ailleurs être simple ou compliquée de contracture, soit continuellement, soit par intervalles.

» Chez plusieurs sujets, il survient par intervalles des mouvements convulsifs, tantôt partiels, tantôt généraux.

» Enfin, dans plus d'un cas, l'existence d'accès d'épilepsie a coïncidé avec le développement d'un cancer en différents points de l'encéphale. Ainsi, plus nous avançons, et plus nous voyons l'épilepsie se montrer liée à des lésions les plus diverses, mais n'appartenir exclusivement à aucune.

» Les lésions du sentiment sont aussi variables que celles du mouvement et de l'intelligence. Ainsi la céphalalgie, bien que fréquente, ne se montre pas dans tous les cas : elle présente les plus grandes différences sous le rapport de son intensité, tantôt fort légère, et n'étant indiquée par le malade que lorsqu'on sollicite à cet égard ses questions, tantôt tellement intense, qu'elle constitue l'accident prédominant de la maladie; sa nature varie comme son intensité; il s'en faut qu'elle ait toujours ce caractère lancinant que l'on donne comme se liant spécialement aux affections cancéreuses. Ce genre de douleur a même été rarement signalé dans les différentes observations sur le cancer du cerveau publiées jusqu'à ce jour. Dans une des observations que nous citerons plus bas, nous constaterons cependant l'existence de cette douleur lancinante.

» Que si nous étudions cette douleur sous le rapport de son siége, nous trouverons que, dans certains cas, elle est générale, et n'indique nullement le point du cerveau qui est lésé, tandis que, dans d'autres cas, elle n'existe que d'un côté, et alors elle a plus de valeur comme signe diagnostique; mais si dans ce cas elle éclaire sur le siége de l'affection, peut-elle en révéler la nature? Non, sans doute, car elle peut être produite par bien d'autres lésions, et, entre autres, par un ramollissement, ainsi que nous l'avons vu. Est-ce donc par son caractère particulier ou par son intensité que nous distinguerons la douleur du cancer cérébral d'avec celle qui accompagne d'autres affections de l'encéphale? Nous ne pouvons arriver ainsi qu'à de simples probabilités, jamais à la certitude.

» La douleur du cancer du cerveau simule dans quelques cas une névralgie par la manière dont elle s'irradie d'un point toujours le même vers d'autres parties du crâne. Comme la névralgie, elle peut se montrer sous une forme intermittente, sans qu'il y ait toutefois rien de régulier dans ses retours. Comme certaines douleurs dites nerveuses, nous l'avons vue diminuer par une pression plus ou moins forte, exercée sur les points qu'elle occupe. Les saignées, qui n'ont aucune prise sur l'affection organique dont elle est un symptôme, peuvent cependant la diminuer, ou même la faire disparaître momentanément. Parmi les observations publiées, il en est dans lesquelles on voit la douleur revenir ou s'exaspérer au retour de chaque époque menstruelle, puis cesser ou diminuer une fois que le sang a commencé à couler. Dans tous ces cas cependant la lésion organique reste la même, mais autour d'elle changent sans cesse les conditions de la pulpe nerveuse.

» La douleur, dont la tête est le siége dans le cancer de cerveau, peut se répéter dans d'autres parties. C'est ainsi que dans certains cas les individus atteints de cette affection, ont éprouvé dans le tronc et dans les membres des douleurs plus ou moins vives, qui simulaient encore très bien les douleurs rhumatismales ou nerveuses. D'autres ont offert une exaltation singulière de la sensibilité cutanée; on ne pouvait point toucher la peau sans produire une impression des plus pénibles, tandis que d'autres fois, au contraire, la peau avait perdu toute sensibilité. Quelquefois, enfin, un prurit insupportable tourmentait les malades. Ainsi, à propos d'une lésion identique, le cerveau chez chaque individu réfléchit dans les organes la diversité infinie de ses impressions par la diversité même des phénomènes qu'il y détermine.

» Les fonctions des organes des sens ont été altérées dans certains cas, bien que les nerfs qui leur appartiennent ne fussent pas compris dans la dégénération cancéreuse. Rien de plus remarquable sous ce rapport qu'un cas publié dans un recueil périodique, relatif à une fille âgée de dix-sept ans, qui perdit successivement l'usage de tous ses sens, et chez laquelle s'abolit en même temps le mouvement, tandis qu'au milieu de tout ce désordre l'intelligence restait intacte.

» Dans trois cas de cancer du corps pituitaire qui ont été publiés, il y avait amaurose; mais cette circonstance dépendait sans doute de la participation des nerfs optiques à la maladie.

» Dans l'un de ces cas, le premier symptôme avait été même un affaiblissement graduel de la vue, accompagné de vives douleurs frontales. Pendant trois ans, on n'observa rien autre chose, puis il survint un assoupissement de plus en plus profond au milieu duquel le malade succomba.

» Du côté de la vie de nutrition, on n'observe rien de spécial. Chez quelques individus on a remarqué des vomissements opiniâtres, phénomène qui se retrouve dans un certain nombre d'affections cérébrales, aiguës ou chroniques, fort différentes les unes des autres.

» La teinte jaune paille de la face n'est pas ici plus constante que dans les autres maladies cancéreuses.

» Rien de plus variable que la durée du cancer cérébral : tantôt quelques mois s'écoulent seulement entre l'apparition des premiers symptômes et la mort, tantôt ces symptômes se prolongent pendant plusieurs années avant d'amener la terminaison fatale. Celle-ci peut survenir de deux manières : ou bien les signes d'une encéphalite aiguë surviennent et les individus succombent soit dans le coma, soit dans les convulsions; ou bien ils s'éteignent graduellement; leurs forces se perdent, toutes leurs fonctions se détériorent; des phlegmasies intercurrentes viennent frapper le poumon ou les voies digestives; des escarres se forment à la peau, et la mort est le résultat de toutes ces causes réunies de destruction. » (Andral, *Cliniq. méd.*, t. V, p. 634.)

Les affections organiques de l'encéphale, quelle que soit la nature du produit accidentel, finissent toutes par entraîner la mort des malades; cette proposition, vraie d'une manière générale, l'est plus encore, si l'on peut ainsi dire, lorsqu'il s'agit des productions cancéreuses. Il arrive quelquefois dans le cancer, comme dans toutes les maladies chroniques, que les symptômes éprouvent une suspension momentanée qui peut pour quelque temps faire croire à une guérison; mais bientôt les phénomènes reprennent leur marche, et toute illusion disparaît.

A propos du *traitement*, nous n'aurions ici qu'à répéter ce que nous avons dit en parlant des tubercules; la thérapeutique est absolument impuissante à détruire, à modifier même le tissu accidentellement produit; à supposer que le diagnostic pût être nettement établi, ce serait donc contre les symptômes que l'on pourrait diriger quelques palliatifs. C'est ainsi que le sulfate de quinine a quelquefois allégé des douleurs atroces; que les saignées ont paru diminuer ou prévenir des accès de convulsions, des étourdissements; que les purgatifs, les dérivatifs du côté de l'anus, les bains tièdes ou savonneux, en un mot, les différents moyens qui peuvent entretenir les fonctions de la peau ou du canal intestinal, ou bien rappeler sur un point éloigné de l'encéphale une irritation, ont déterminé des améliorations plus ou moins prolongées, mais qui ne sont jamais à dédaigner dans la triste situation où se trouvent les malades.

ARTICLE XVII.

Des hydatides de l'encéphale.

L'encéphale n'est pas à l'abri des animaux parasites qu'on voit se développer si souvent dans quelques autres organes, en particulier dans le foie. Cependant leur description ne date pas de bien loin. Les auteurs qui traitent des maladies du cerveau, les mentionnent à peine, et ils ne donnent surtout presque aucun renseignement sur la symptomalogie que la présence de ces corps peut déterminer. M. Aran qui, après avoir observé deux cas de ce genre, voulut rechercher les faits analogues pour établir des comparaisons, ne trouva que des descriptions incomplètes. Cependant, après des recherches attentives, il est parvenu à tracer une histoire assez satisfaisante de cette maladie, et c'est uniquement à son travail que nous devrons emprunter ce que nous aurons à en dire. Voici d'abord les divisions qu'il établit dans les hydatides de l'encéphale :

« Les vers vésiculaires qu'on a trouvés dans l'encéphale sont de plusieurs espèces; ce sont, dans leur ordre de fréquence :

» 1° Les polycéphales ou cœnures (Fis-

cher, Blainville), vers vésiculaires, consistant en des vessies de forme et de grandeur variables, remplies d'un fluide séreux, et sur lesquelles se trouvent irrégulièrement répandus les animaux composants, réunis par groupes plus ou moins considérables.

» 2° Les échinocoques, vers vésiculaires qui consistent en une seule vessie, et sont pourvus d'une couronne de crochets sans suçoirs. Quelques auteurs ajoutent que cette vessie sert de support commun à plusieurs corps d'une figure piriforme, rétrécis vers le lieu de leur insertion qui se fait à la face interne de la vessie. Ce dernier caractère rapproche les échinocoques des cœnures. La présence des suçoirs et le mode d'insertion des petits corps établissent seuls la différence. Le mot échinocoque (εχίνος κοκκος) indique la forme ronde et la présence des aspérités qui caractérisent cet animal.

» 3° Les cysticerques, qui se distinguent par leur corps allongé, cylindrique et conoïde, terminé antérieurement par une tête rétractile, pourvue d'une double couronne de crochets et de quatre papilles ou suçoirs, et terminé postérieurement par une vessie dite caudale, de forme et de grandeur variables. Treutler en a rencontré qui n'avaient qu'un seul suçoir et qu'une couronne simple composée de six crochets. Il est fort probable, comme le fait observer Rudolphi, que leur tête n'était pas entièrement développée, et cette observation seule ne suffirait pas pour faire admettre une seconde espèce de cysticerques du cerveau d'une structure différente.

» 4° Les acéphalocystes, vers vésiculaires consistant en une simple vessie sphérique ou ovoïde, remplie d'un liquide plus ou moins transparent, sans corps, ni tête, ni fibres apparentes. Les polycéphales ont été observés pour la première fois dans le cerveau de l'homme, par Fischer (*De vermibus intestinalibus*, 1788). Zeden a rencontré dans le ventricule cérébelleux et dans le troisième ventricule, une douzaine de polycéphales, dont quelques uns présentaient le volume d'un œuf de poule. Une de ces hydatides particulièrement se trouvait dans le trajet de l'aqueduc de Sylvius, et contenait elle-même trois petites hydatides. Au côté droit du quatrième ventricule, la substance cérébrale était durcie et de couleur jaune dans un point. La jeune fille qui fait le sujet de cette observation se heurtait contre les objets qui l'entouraient, lorsqu'elle tentait de rester debout; la mémoire était perdue; l'impression de la lumière insupportable. La maladie avait débuté par des maux de tête et des étourdissements, dont l'augmentation fut graduelle. Je regrette de ne pouvoir placer sous les yeux de mes lecteurs une observation plus détaillée, mais il n'en existe pas dans la science. Ce sont les polycéphales qui, se développant en grand nombre dans le cerveau des animaux herbivores et du mouton en particulier, produisent la maladie vertigineuse vulgairement appelée tournis. M. Blainville, qui a observé dernièrement des polycéphales dans le cerveau d'un chamois mort du tournis, les décrit ainsi : A l'œil nu, les animaux qui étaient répandus sur la vésicule mère ressemblaient à de petits points cartilagineux, qui commenceraient à se développer à la surface externe d'un organe : mais au microscope ils formaient de petites têtes blanches, en partie rentrées ou sorties, portées sur un col plus ou moins long, et pourvues d'une couronne de crochets terminale, et de quatre suçoirs arrondis. (*Traduction de Bremser*, p. 527.)

» Les échinocoques ont été rencontrés pour la première fois dans le cerveau de l'homme, par Morrah. Cet auteur rapporte qu'une jeune fille de seize ans avait, toutes les trois semaines, deux accès de syncope très violents. A la fin, elle perdit la vue, l'ouïe et l'odorat; elle devint ensuite paralytique de tout le côté gauche. On trouva dans l'hémisphère droit du cerveau une hydatide de la longueur de trois pouces et de la largeur de deux. Je ne connais pas d'observation plus intéressante que celle que Rendorf a publiée en 1822, dans son excellente thèse. » (*De hydatidibus præsertim in cerebro humano repertis.* Berolini.)

Voici une analyse de ce fait, trop étendu pour pouvoir être rapporté en entier :

Obs. 1. « Wilhelmine Ohle, de Berlin, est née en 1811, de parents bien portants, à sept ans, elle a eu une variole qui paraissait si peu grave, que la mère n'a pas

appelé de médecins ; au quatorzième jour de la maladie, la jeune fille, qui était convalescente, est prise subitement de convulsions tellement fortes, qu'elle perdait connaissance. Au bout de quelques jours, ces convulsions disparaissent. La même année, elle fait une chute sur la tête, et éprouve de la céphalalgie, qui disparaît le lendemain. Quant à l'intelligence de la malade, elle a continué à se développer jusqu'à l'âge de huit ans. Depuis, la mère a remarqué que sa fille faisait moins de progrès que ses compagnes; cependant elle était assez sujette à des affections gastriques. Au mois d'avril de l'année passée, étant âgée de huit ans, elle éprouva, après un refroidissement, des douleurs dans le pied gauche, qui la faisaient boiter. Au bout d'un mois, de la douleur dans le bras gauche, qui l'empêchait de se servir de ce membre.

» Elle entre, le 7 juillet, à l'Institut polyclinique de Berlin.

» *État actuel.* — Pouls un peu plus fréquent qu'à l'état normal ; tête un peu plus volumineuse, proportionnellement, que le reste du corps. La malade ne peut se servir ni de son bras ni de sa jambe gauches ; les sens sont en bon état. L'état général est satisfaisant au bout de trois jours, sous l'influence d'un traitement actif : rémission légère dans les douleurs et dans la paralysie.

» 12 juillet. La malade remue plus facilement son pied, mais elle ne peut se servir que très peu de son bras. Symptômes d'embarras gastrique, disparaissant sous l'influence d'un éméto-cathartique.

» 19. La malade, fixée dans son lit, a été prise de cinq accès convulsifs, qui occupaient surtout le bras et le pied gauches, et dont chacun a duré un quart d'heure; pendant ces accès, les pouces sont fléchis dans la paume de la main ; il y a perte complète de connaissance. L'accès est suivi d'une grande lassitude et d'un accablement du corps (convulsions épileptiques). Pouls inégal et petit; urines claires et limpides. Le soir, cessation des convulsions, trois vomissements ; douleur à la région cardiaque; langue jaunâtre. Un vomitif.

» 22. Nouvelles convulsions ; la paralysie du bras gauche augmente; les pupilles sont dilatées. Amélioration pendant quelques jours.

» 25 août. Impossibilité de remuer le bras et la jambe gauches; la vue est trouble ; les pupilles sont immobiles.

» 1er septembre. Accidents de fièvre gastrique, qui disparaissent sous l'influence d'un vomitif ; mais l'amblyopie persiste, malgré un traitement actif.

» 4. Nouvelles convulsions épileptiformes ; sterteur considérable ; pouls inégal, faible et petit ; urines pâles ; constipation le lendemain, nouvelles convulsions, après lesquelles la paralysie et l'amblyopie augmentent ; la malade urine dans son lit, sans s'en apercevoir, et sa faiblesse est telle qu'elle ne peut se mettre sur son séant.

» 9. Disparition de l'incontinence d'urine; ventre libre; mouvements des membres paralysés plus faciles; la vue n'est pas meilleure.

» 14. L'amblyopie augmente de plus en plus ; les pupilles ne se contractent plus, même sous l'influence de la lumière la plus vive; l'œil offre l'aspect de l'amaurose ; mémoire très affaiblie.

» 16. L'odorat et l'ouïe deviennent plus obtus, à peine si le malade reconnaît sa mère; elle parle de sa mort prochaine ; le pouls est fréquent, faible surtout du côté gauche, avec quelques intermittences. Les parties paralysées sont un peu plus froides que celles du côté opposé.

» 3 octobre. La somnolence et l'affaiblissement de l'intelligence augmentent ; la peau est sèche, le pouls fréquent.

» 15. Convulsions épileptiques, qui disparaissent après trois vomissements spontanés.

» 31. Bâillements fréquents, respiration inégale et stertoreuse, pouls intermittent et fréquent.

» 1er novembre. Les excrétions sont involontaires ; l'assoupissement et la perte d'intelligence ont augmenté; les yeux sont affaissés ; la peau est pâle, la mémoire est perdue.

» 6. Perte de la parole ; les parties paralysées sont insensibles et toujours plus froides que les parties saines.

» Pendant les deux derniers jours qui précèdent sa mort, la malade éprouve des

convulsions, des grincements de dents, de la sterteur; elle recouvre connaissance quelques instants avant de mourir, et annonce sa fin prochaine. Mort au milieu de convulsions le 9 novembre.

» *Examen du cadavre.* — Tête proportionnellement un peu volumineuse; cerveau un peu plus ferme qu'à l'ordinaire, d'une couleur jaune-pâle et contenant des vaisseaux sanguins dilatés, mais non remplis de sang; l'hémisphère droit du cerveau était d'un tiers plus volumineux que le gauche; la dure-mère du côté droit ayant été incisée et enlevée, la portion du cerveau qui forme supérieurement le ventricule latéral n'a qu'une demi-ligne. Cette substance étant enlevée, on aperçoit une si grande quantité d'hydatides, que la cavité du ventricule est excessivement dilatée, et qu'on ne peut distinguer sa corne antérieure. Toutes ces hydatides sont renfermées dans une bourse commune, qui ne peut être détachée du ventricule à cause de sa ténuité. Après avoir enlevé les hydatides, on reconnaît que la portion du cerveau qui constitue le ventricule latéral manque presque entièrement; car de l'un et de l'autre côté, elle n'a qu'une épaisseur de trois à quatre lignes, et le fond du ventricule paraît formé par une membrane tendineuse. Les deux plexus choroïdes sont pâles et exsangues; le droit est un peu plus gros que le gauche; les vaisseaux sanguins ne sont gorgés de sang dans aucun point; le ventricule latéral gauche contient une once de sérosité; il s'en écoule un peu du canal vertébral. Les nerfs olfactifs, optiques, trijumeaux, auditifs, sont parfaitement sains, à leur sortie du crâne, ainsi que la glande pituitaire. La glande pinéale ne contient pas de concrétions sablonneuses. Le sac qui contenait les hydatides était d'un blanc de lait, semblable à de la lymphe plastique pellucide et de l'épaisseur d'une demi-ligne environ; il ne renfermait rien autre chose que de l'eau avec des vésicules. Le nombre des hydatides extraites du ventricule latéral était de soixante et onze; elles n'avaient elles-mêmes aucune odeur, et différaient beaucoup de grosseur; quelques unes avaient un diamètre d'un pouce et demi, les autres étaient plus petites. La plupart égalaient la grosseur d'un grain de raisin de Malaga : elles étaient globuleuses, ovales, ou piriformes. Toute la masse des hydatides avec le sac qui les contenait, pesait deux livres trois gros, et la plus grosse des hydatides deux onces deux gros; les plus petites vésicules avaient leur enveloppe un peu plus épaisse que les grosses. Elles étaient toutes indépendantes les unes des autres, sans aucune trace de vaisseaux, de fibres ou de ligaments qui les réunît. Le fluide qu'elles contenaient était limpide et pellucide; la face interne ne paraissait pas partout de la même couleur : quelques parties étaient blanchâtres, et celles qui étaient couvertes par des échinocoques tout à fait blanchâtres. En agitant un peu les hydatides, les petits animaux se détachaient de la membrane interne, et se répandaient dans le fluide.» (Rendorf, *De hydatidibus præsertim in cerebro humano repertis.* Thesis, Berolini, 1822.)

Les *cysticerques* ont été rencontrés dans les plexus choroïdes, en 1788, par Fischer, qui les décrivit pour la première fois; Treutler, en 1793, et Brera, en 1804, en rencontraient dans le même point. Laënnec en a rencontré dans la couche gauche du nerf optique. Cinq autres observations ont été recueillies par MM. Calmeil et Nivet.

Les *acéphalocystes*, genre établi par Laënnec et formé d'un grand nombre d'espèces, ont été rencontrés plusieurs fois dans le cerveau dans ces derniers temps. Deux des observations qui en ont été publiées se trouvent rapportées dans le mémoire de M. Aran; l'une a été recueillie par lui-même.

« Bien que le *polycéphale*, dit M. Aran, l'*échinocoque*, le *cysticerque*, l'*acéphalocyste*, diffèrent par quelques caractères zoologiques, ces hydatides se ressemblent tellement quant à la forme, qu'elles doivent produire exactement les mêmes symptômes. Ce n'est pas, en effet, la présence d'une ou de plusieurs têtes rétractiles qui pourrait faire placer les cysticerques et les polycéphales hors de la loi commune; ce qui excite le cerveau, et qui le place dans un état pathologique, ce n'est pas un ou plusieurs corpuscules de quelques lignes de long, c'est la présence dans son sein d'un corps étranger, vivant ou non. C'est ce que prouve également la présence des

tumeurs inorganiques, tuberculeuses, cancéreuses ou autres, dans les centres nerveux. Ce qui m'engage encore à réunir, dans la même étude, tous les *entozoaires* de l'encéphale, c'est qu'on n'a commencé à bien les séparer les uns des autres qu'à la fin du siècle dernier, et que je me verrais forcé de ne pas utiliser une grande partie des matériaux que fournissent les annales de l'art.

» Je ne chercherai donc pas à donner une description détaillée de toutes les hydatides que l'on rencontre dans le cerveau de l'homme; les auteurs ont trouvé dans la forme, dans le volume, dans le nombre de ces entozoaires, de quoi établir un très grand nombre d'espèces, cependant il est convenable d'en faire connaître les caractères communs que l'on retrouve le plus ordinairement

» Les hydatides se présentent sous deux formes principales, dans le cerveau comme dans les autres organes : elles y sont solitaires ou multiples. Les hydatides multiples varient singulièrement en nombre dans le cerveau, on en a trouvé depuis trois jusqu'à vingt (Louis, Aran), et même plus. par exemple, soixante et onze (Rendorf).

» La grosseur des hydatides du cerveau peut varier : on en a trouvé qui avaient le volume d'un petit pois, d'une aveline, d'une grosse noix, et même d'une grosse orange; ce dernier cas est rare.

» Leur coloration présente des teintes différentes, tantôt claires et transparentes, elles sont, d'autres fois, d'un blanc opaque ou laiteux; elles doivent le plus souvent ces teintes à des corpuscules de forme et de grandeur variables, insérés sur leur surface externe ou interne, ou nageant dans leur intérieur.

» Ce serait certainement empiéter sur l'histoire générale des hydatides que de décrire le liquide que ces vésicules contiennent et leur membrane propre; je dirai seulement que c'est sur une certaine quantité de points blancs que présentait cette membrane propre, que Treutler a établi sa variété *albopunctata* du *tænia hydatigena*. Brera avait reconnu à la membrane propre trois feuillets : le premier, externe, moins transparent, très luisant; au-dessous de celui-ci un second composé de fibres circulaires très minces, lesquelles sont étendues sur une autre membrane qui est veloutée et tapisse la cavité interne de la petite vessie. (Brera, *ouvr. cit.*)

» Les hydatides du cerveau sont quelquefois renfermées dans une poche d'une épaisseur et d'une consistance variables. Ce kyste, comme l'a fait remarquer Bremser, se développe par suite de l'irritation que le corps étranger excite dans le tissu cellulaire de l'organe. Or, comme la substance cérébrale ne contient que peu de tissu cellulaire, il n'est pas étonnant qu'un certain nombre d'hydatides du cerveau ne possèdent pas de kyste; ajoutez à cela qu'un certain nombre d'entozoaires sont entièrement libres dans les cavités séreuses, et par conséquent ne peuvent trouver les éléments nécessaires à la formation de cette poche; c'est surtout pour les hydatides du cerveau que la définition donnée par Bremser manque d'exactitude. En effet, comment pourrait-on, sans forcer les analogies, ne donner le nom d'hydatides qu'à des vessies complétement renfermées dans une capsule? Car : 1° les hydatides peuvent n'être qu'incomplétement renfermées dans un kyste, comme on le verra dans l'observation suivante; 2° les hydatides peuvent être placées dans la substance cérébrale sans kyste, c'est ce qu'on peut voir dans l'observation V, où les hydatides étaient renfermées dans une cavité formée par l'écartement des lamelles cérébrales, sans qu'il y eût ni liquide ni membrane d'enveloppe distincte.

» Obs. 2. Chez un sujet qui éprouvait de fréquents maux de tête, et des accidents qui se rapprochaient parfois du vertige des moutons, et qui mourut subitement, on trouva une hydatide renfermée dans l'épaisseur du lobe postérieur du cerveau, du côté droit. A la face inférieure, le kyste paraissait à nu, et dans l'étendue d'un pouce environ, il avait rompu l'enveloppe qui le séparait de la pulpe. Cet organe était irrégulièrement déchiré dans cet endroit, mais n'offrait aucune trace de ramollissement, aucun indice d'altération quelconque. Le kyste était formé par une membrane mince, transparente, et assez consistante; il était parfaitement rond et du volume d'un très gros œuf de poule. Il renfermait un liquide séreux, légère-

ment trouble, et fut reconnu par Laënnec pour être un acéphalocyste. En outre cette hydatide était recouverte d'une seconde enveloppe formée par le cerveau, à l'exception du point où s'était faite la rupture de ce viscère. Cette dernière membrane, qui paraissait formée aux dépens de la substance médullaire, était lisse et polie à sa surface interne, celle qui était contiguë avec l'hydatide, sa face externe, qui adhérait au cerveau, pouvait en être facilement détachée sans se rompre. Elle était beaucoup moins lisse, moins humectée, blanche opaque, et dense comme la membrane qui enveloppe le blanc de l'œuf; elle offrait une certaine résistance et pouvait être lavée sans se déchirer. (Martinet, *Revue médicale*, t. III, p. 20, 1824.)

» Lorsqu'il y a un kyste, ces hydatides ne contractent aucune adhérence avec les parois; elles y sont libres et flottantes; le kyste contient ordinairement une certaine quantité de liquide semblable à celui qui est contenu dans les hydatides; mais s'il manque, quelle que soit la structure du kyste et sa consistance, la surface entière, c'est-à-dire celle qui est en rapport avec les hydatides, est toujours lisse et humectée de sérosité.

» Tantôt les parois du kyste sont tellement minces qu'il ne peut être détaché sans rupture de la substance cérébrale; d'autres fois, il consiste en une couche cellulo-vasculaire très molle et facilement déchirable; d'autres fois, au contraire, il offre une certaine résistance et peut être facilement lavé sans se déchirer.

» Autour des hydatides, la substance nerveuse présente un aspect qui est loin d'être toujours identique; tantôt, et le plus souvent, elle conserve sa consistance normale; d'autres fois elle est altérée. Ainsi, dans les observations et les notes que j'ai parcourues, on trouve signalés neuf fois la congestion de la substance cérébrale, cinq fois le ramollissement du cerveau, trois fois une infiltration sanguine plus ou moins ancienne, une fois l'induration du cerveau qui était comme squirrheux (Lancisi), neuf fois un épanchement séreux dans les ventricules latéraux, une fois un épanchement sanguinolent dans les mêmes ventricules, une fois une altération particulière des parois de ces ventricules, qui étaient tapissés par une couche d'un mucus rouillé.

» Lorsque les hydatides sont situées de manière à toucher les nerfs, elles les laissent rarement intacts; tantôt ils sont comprimés, amincis ou atrophiés par ces entozoaires; d'autres fois ils sont ramollis.

» On trouve assez souvent de la sérosité épanchée dans la grande cavité de l'arachnoïde et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ou même quelques traces d'inflammation de cette membrane. Ainsi, dans les observations que je possède, je trouve que : neuf fois il y avait une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, une fois il y avait une méningite chronique avec épaississement et infiltration purulente.

» Parmi les 47 cas qui servent de base à ce travail, il y en a 4 dans lesquels on a rencontré des hydatides dans d'autres organes que le cerveau; il ne faut pas en conclure que cette coïncidence soit aussi rare qu'elle est annoncée par les chiffres; il n'arrive que trop souvent, en effet, que les recherches anatomiques ne sont pas complètes, et plusieurs des faits que je possède manquent de détails sur ce point. Quoi qu'il en soit, dans la plupart de ces cas, et surtout dans celui qui a été rapporté par Laënnec, le cerveau ne paraît pas avoir été le siége primitif du mal, et il a fallu qu'il existât déjà des hydatides dans d'autres organes pour que le cerveau en fût affecté.

» On a trouvé des hydatides dans presque tous les points de l'encéphale; les auteurs en ont rapporté un certain nombre d'exemples, que je vais faire connaître.

» Fischer dit avoir trouvé dans la dure-mère une grande quantité d'hydatides; il pense que ce n'étaient pas des glandes de Pacchioni développées, tant d'après leur situation que d'après leur forme et leur structure. (*Ouvr. cité.*)

» On a trouvé des hydatides entre les circonvolutions du cerveau, adhérentes ou non à l'arachnoïde. Lieutaud (*Historia anatomica*, t. II, obs. 4, 36, 165, 167, 168, 194, 195, 199); Borelli, cité par Lieutaud (*Hist. anat.*, t. II, obs. 194, p. 194); Laënnec (*Mémoire cité*); Esquirol (*Bulletin de la faculté*, t. V, p. 426); Hufeland (*Hufeland's journal*); Andral

(*Clinique médicale*, t. V, p. 59); Calmeil (*Dict. de méd.*, t. II, p. 584); (Nivet, Aran.) »

Elles ont été confondues quelquefois avec des kystes séreux ou même purulents. Cette confusion est facile à éviter dans la plupart des cas, parce que dans les kystes non hydatiques, on ne rencontre pas, comme chez ces derniers, de véritables ventricules libres dans l'intérieur du kyste; mais dans les cas où les hydatides elles-mêmes existent sans kyste extérieur, ce qui est rare, mais ce qui se voit néanmoins, alors le diagnostic est loin d'être facile; il n'est même souvent possible qu'avec le secours du microscope qui laisse presque toujours apercevoir au moins des débris de vésicules plus petites que la vésicule même.

Les recherches étiologiques ont fourni à M. Aran les résultats suivants :

« J'ai comparé 47 cas, épars çà et là dans les annales de l'art. De ces 47 malades, 31, ou les deux tiers, appartiennent au sexe masculin; 16, ou l'autre tiers, appartiennent au sexe féminin. Je n'attache certainement pas une grande importance à ces résultats : cependant la proportion me semble trop forte en faveur du sexe masculin, pour qu'il n'y ait pas là autre chose que l'effet du hasard. Sous le rapport de l'âge, 3 sujets avaient de cinq à dix ans, 6 de dix à vingt ans, 2 de vingt à trente ans, 5 de trente à quarante, 6 de quarante à cinquante ans, 6 de cinquante à soixante ans, 4 de soixante à soixante-dix ans, 3 avaient soixante-dix ans; dans 10 cas on n'a pas noté l'âge : cependant, dans la moitié de ces cas, il est dit que c'étaient des jeunes gens; ce qui élève à 7 la proportion de sujets de vingt à trente ans affectés de cette maladie. Il suit de là que c'est dans la jeunesse et dans l'âge adulte que les hydatides de l'encéphale sont les plus fréquentes.

» Je ne possède pas de données satisfaisantes sur l'influence des constitutions et des professions; je dirai seulement qu'un des malades dont M. Nivet a rapporté l'histoire, et dont le cerveau renfermait un certain nombre de cysticerques ladriques, était tueur de cochons. Il est plus que probable, comme l'observe M. Nivet, que cet homme avait dû se nourrir plus d'une fois de la viande de cochon ladre. Il n'y a peut-être là qu'une coïncidence; cependant l'influence que l'alimentation exerce chez les animaux herbivores est tellement réelle qu'on ne peut, je crois, la nier d'une manière absolue chez l'homme. On a remarqué que, chez les animaux, les hydatides se montrent surtout lorsque les conditions d'humidité s'étendent à l'alimentation ou à la localité qu'ils occupent. Remarquons, d'ailleurs, que les hydatides se développent presque toujours chez des individus qui se nourrissent mal, qui sont dans de mauvaises conditions hygiéniques ou qui font des excès. Il serait important de savoir si les influences alimentaires qui produisent les hydatides chez les animaux en amèneraient le développement chez l'homme; je manque de données pour résoudre cette question.

» Sur les 47 cas que je rapporte, je n'ai trouvé de causes indiquées que six fois; ces causes sont : contusion de la tête, deux fois; chagrins, infortunes, deux fois; suppression de la goutte et d'une sécrétion salivaire ancienne, deux fois. Suivant Bremser, la contusion d'un organe serait la cause prédisposante au développement des hydatides. On voit que pour le cerveau, je n'ai n'ai pu vérifier cette coïncidence. » (Aran, *loc. cit.*, p. 110.)

L'existence d'hydatides sur d'autres organes est naturellement une présomption qu'il en existe dans le cerveau, lorsque quelque phénomène peut le faire supposer, c'est-à-dire que la cause générale, cette sorte de diathèse hydatique, si l'on peut ainsi dire, agit sur le cerveau comme sur les autres organes.

Les hydatides peuvent exister longtemps dans le cerveau à l'état latent, ainsi que le prouve l'observation suivante due à M. Louis.

On en a observé quelquefois dans la pie-mère : ainsi Loschge (cité par Steinbuch), qui trouva cinq hydatides près de la scissure de Sylvius. Des exemples semblables ont été rapportés par Schwenke (*Rari casus explic. anat. med. Haag.* 1773); Lieutaud, Clav. Hazenohrl (cité par Lieutaud, *Hist. anat.*, t. II, obs. 4, p. 145). J'en ai cité plus haut un exemple. On trouve assez souvent des hydatides dans l'épaisseur du cerveau. Riveriis (cité

par Lieutaud, *Hist. anat.*, t. II, obs. 199, p. 196); Scultet (cité par Lieutaud, *Hist. anat.*, t. I, obs. 195, p. 194); Lieutaud, Lancisi (*De mortibus subitis*, ch. XI, liv. I, p. 30, 1745); Berdot (*Acta helvetica*, t. V); Balme (*Journal de méd.*, t. X, liv. I, p. 526); Wichman (*Ideen zur Diagnostik*, 1802); Morrah (*Medico-chirurg. transactions*, 1813); Portal (*Anat. méd.*, t. II); Rostan (*Du ramollissement du cerveau*, p. 413); Yelloly (*Medico-chir. trans.*, vol. XI); Martinet, Guerard (*Bull. de la Soc. anat.*, 1835); Calmeil (*Journal hebdom.*, t. I, p. 44 et suiv.); Nivet, Aran, etc.

» Panarole en a rencontré sur le corps calleux.

» Brunez dans les corps striés. J'en ai rapporté plus haut un exemple.

» On en a encore trouvé :

» Dans la couche optique (Laënnec, Aran.)

» Entre la couche optique et le corps strié (Calmeil).

» Dans la glande pituitaire (Sœmmerring, Esquirol).

» Entre les tubercules quadrijumeaux du même côté (Calmeil).

» Dans le pédoncule cérébral (Aran).

» Dans les ventricules latéraux, hydatides libres, Headington (cité par Abercrombie, traduction de Gendrin), Rendorf, Aran.

» Dans les plexus choroïdes. Lieutaud, Valsalva (cité par Lieutaud, *Hist. anat.*, t. II, obs. 165, p. 185); Acta Londinensia (cité par Lieutaud, *Hist. anat.*, t. II, obs. 167, p. 185); Behrens (*Ephemer. nat. curiosorum*, t. II, obs. 31, p. 84); Wepfer (*De apoplexia*, 1658, p. 410); Morgagni (*De sedibus et causis morborum*, 42 et 8[e] lettre); Fisher, Treutler, Brera, Prost, (*Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, t. II, obs. 80, p. 283); Paisley (*Edimb. med. vers. und emerk uebers*, t. III, p. 459); Seinbuch, Hufeland, Calmeil; Cruveilhier (*Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Entozoaires), Bouvier (*Bulletin de l'Acad. de médecine*, t. IV, p. 556).

» Dans le troisième ventricule et la toile choroïdienne (Zeder, Aran).

» Dans le quatrième ventricule (Zeder).

» Entre les lames du septum lucidum : Portal (*Anat. méd.*, fait que Cuvard rapporte d'après Desault).

» Dans le nerf optique, Paw. (*Anat. varior.*, t. II, p. 5); Conradi (*Handb. d. path. anat.*, Hanov. 1796, p. 525). » (Aran, *loc. cit.*, p. 92.)»

M. Aran rapporte ensuite une observation d'amaurose produite par cette dernière cause; son étendue nous empêche de la reproduire.

Les diverses espèces d'hydatides ont non seulement été confondues souvent entre elles.

« Obs. 3. Un tailleur de pierre, âgé de cinquante-quatre ans, doué d'une constitution sèche, entra à l'hôpital, après avoir offert des symptômes thoraciques et abdominaux graves; l'intelligence était saine et passablement développée; il n'existait aucun trouble des fonctions cérébrales. Mais, l'on observa différents degrés de phthisie pulmonaire et laryngée. Cet homme, malgré les soins les plus assidus, succomba vers la fin du second mois à partir de son admission à la Charité, après avoir présenté de l'aphonie, de la douleur vers la région du larynx, de la toux, de l'oppression, du gargouillement sous la clavicule gauche, du dévoiement. Le pouls conserva sa régularité, et l'on nota seulement un peu de délire, dans la nuit qui précéda la mort. A la partie supérieure et sur les côtés du cerveau, on voyait, au-dessous de la pie-mère, une vingtaine de vésicules, qui dépassaient les circonvolutions d'une ligne ou d'une ligne et demie environ ; le reste était enfermé dans la substance cérébrale, demeurée saine à leur pourtour. Ces vésicules avaient une forme arrondie et des dimensions variées. Trois d'entre elles étaient du volume d'une noisette ordinaire, uniforme à leur surface, et offraient une espèce de pédicule, d'où partait une membrane blanchâtre et opaque, qui ne recouvrait pas l'hydatide dans toute son étendue; celle-ci était formée par une membrane molle et mince, contenant un fluide qui troublait un peu l'eau. Les autres hydatides avaient la même structure, étaient un peu plus considérables, plus opaques et plus ou moins bosselées; ce qui donnait à quelques unes d'entre elles l'aspect d'une mûre. Le cerveau était injecté; les ventricules latéraux, la protubérance et le cer-

velet étaient dans l'état naturel. » (Louis, *Recherches sur la phthisie*, 2e édit., p. 162.)

Ordinairement cependant ces productions s'annoncent par des symptômes que M. Aran a bien analysés dans le passage suivant :

« Le phénomène le plus constant, le plus commun, dans l'affection hydatique du cerveau, c'est la céphalalgie. Sur 47 cas que j'ai réunis, je la trouve notée vingt fois. Cette douleur était rarement vive, le plus souvent elle était sourde, profonde, habituelle, persistante. Cependant elle n'était pas tout à fait continuelle; elle diminuait parfois, et présentait des paroxysmes, des exacerbations. En général cette céphalalgie suivait une marche progressive, et devenait d'autant plus forte que la maladie approchait plus du terme fatal.

» La douleur dont la tête est le siége peut se répéter dans d'autres parties ; c'est ainsi que chez trois individus atteints de cette affection, il y avait des douleurs musculaires dans les membres inférieurs ; chez deux d'entre eux, ces douleurs s'expliquaient par l'existence d'hydatides dans les muscles de cette partie.

» Sur 47 cas, la sensibilité générale était diminuée trois fois ; la vue considérablement affaiblie ou perdue six fois ; l'œil photophobique une fois ; la conjonctive insensible une fois ; l'ouïe viciée ou perdue deux fois ; l'odorat éteint une fois ; les vertiges et le coma sont notés quatre fois ; quatre fois des attaques apoplectiformes, dont une entre autres avec perte de connaissance a duré trois jours, et s'est terminée par une hémiplégie (Wepfer).

» Les lésions de la sensibilité présentent, sur beaucoup de sujets, une variation continuelle. Le même individu peut recouvrer et perdre alternativement la faculté de voir ou d'entendre; c'est ainsi que chez un malade dont j'ai rapporté l'histoire, et qui était affecté d'amaurose, la vue s'était rétablie sous l'influence d'une médication révulsive énergique.

» Parmi les lésions du mouvement, je citerai en première ligne les convulsions épileptiformes qui existaient sept fois sur quarante-sept, les tremblements musculaires deux fois ; l'articulation des mots difficile deux fois; les convulsions de la face une fois ; trois fois il existait des tournoiements. On n'a jamais observé de contracture.

» L'hémiplégie plus ou moins complète s'est observée six fois sur quarante-sept, celle de la face une fois ; la paralysie de la paupière supérieure une fois ; la paralysie générale n'a jamais été observée ; une fois seulement on a noté les mouvements difficiles. La paralysie du rectum et de la vessie a été observée seule une fois, par M. Calmeil. En général la paralysie a été le plus souvent incomplète ; elle s'est établie, graduellement ou tout à coup, après des attaques convulsives ou apoplectoformes. En général, l'hémiplégie s'observait du côté opposé au siége de la maladie. Dans le cas où j'ai noté que tous les mouvements étaient difficiles, cette difficulté de se mouvoir était beaucoup plus prononcée sur le côté opposé à l'hémisphère cérébral qui présentait le plus grand nombre d'entozoaires dans son intérieur. La paralysie de la langue n'a été notée qu'une seule fois. La démarche est restée quelquefois chancelante.

» Les lésions de l'intelligence ne sont rien moins que constantes ; le plus souvent elle ne se trouble que vers les derniers instants de la vie; assez souvent les facultés intellectuelles ne perdent leur lucidité qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, et l'on remarque, chez les sujets qui portent cette maladie, soit un état d'idiotisme plus ou moins complet (3 sur 47), soit une perte de la mémoire (4 sur 47), soit un vrai délire (6 sur 47); enfin, chez quelques individus, on trouve de la mélancolie (1 sur 47), du penchant au suicide (2 sur 47), de la manie ou de la démence (4 sur 47).

» Du côté de la vie de nutrition, on ne trouve rien de bien particulier ; les vomissements opiniâtres ne s'observent que fort rarement. Les malades paraissent jouir d'une santé générale assez bonne. Ils conservent même quelquefois une partie de leur embonpoint. Vers les dernières périodes de l'existence, on observe assez souvent de l'accélération dans le pouls.

» La mort a lieu dans une attaque apoplectiforme ou dans un accès convulsif, plus souvent dans le délire ou le coma.

» Ce qui frappe, quand on étudie les maladies cérébrales et surtout les affec-

tions organiques, c'est que les symptômes fonctionnels ne sont pas en rapport avec la nature de la lésion elle-même, mais bien plutôt avec le mode de développement de cette lésion, l'étendue qu'elle occupe, la nature des parties lésées, l'état de la substance nerveuse autour d'elle, et surtout avec la réaction qu'elle provoque dans l'encéphale. Par cela même ce n'est pas dans les phénomènes cérébraux, envisagés en eux-mêmes, qu'il faut chercher les éléments du diagnostic, mais bien dans l'enchaînement de ces phénomènes et dans l'ensemble des circonstances de la maladie. « Tant qu'il n'existe pas de réaction, dit M. Calmeil, c'est absolument pour l'individu comme si les altérations n'existaient pas au sein des tissus. Tant que l'équilibre de la vie organique est intact, rien ne se manifeste; mais aussitôt qu'il est détruit, les accidents marchent graduellement jusqu'à une terminaison fatale. » Cette opinion de M. Calmeil ne me paraît applicable qu'aux altérations peu étendues, car, lorsque la désorganisation d'une partie centrale du cerveau est poussée loin, il existe des symptômes fonctionnels qui expriment cette désorganisation; mais il est exact de dire que les malades succombent bien plus souvent aux accidents de réaction qui s'allument autour du foyer de la maladie, qu'aux altérations elles-mêmes. Quoi qu'il en soit, c'est dans les conditions particulières que je viens d'énumérer, qu'il faut chercher les éléments du diagnostic différentiel.

» Ce qui différencie l'affection hydatique du cerveau de l'encéphalite diffuse, aiguë ou chronique, de l'encéphalite locale aiguë, de l'hémorrhagie, du ramollissement, ce sont: la lenteur de l'invasion; l'intermittence de la marche; l'accroissement graduel, mais non continu; l'absence de paralysie, du moins dans la majorité des cas; l'absence de phénomènes réactionnels, exceptés aux approches de la terminaison fatale. Il n'est pas aussi facile de séparer les hydatides du cerveau, des tumeurs caméreuses ou tuberculeuses de cet organe. Voyons si, en comparant les symptômes de ces trois affections dans leur forme la plus tranchée, il ne serait pas possible d'arriver à un diagnostic probable.

» Dans le cancer du cerveau, le malade est ordinairement âgé; il éprouve de violentes douleurs de tête, de la faiblesse d'un côté du corps, des convulsions épileptiformes vers le côté faible, diverses lésions de la sensibilité et de l'intelligence; ordinairement il porte, sur quelques parties du corps ou dans les cavités splanchniques, soit des ulcères cancéreux, soit des tumeurs de même nature; la peau présente une coloration jaune-paille caractéristique; ces derniers caractères ne laissent que peu de doutes sur l'existence d'un cancer du cerveau.

» Dans les tubercules du cerveau, le sujet est ordinairement fort jeune; il présente tous les symptômes de la diathèse scrofuleuse (abcès froids, tubercules mésentériques et pulmonaires.) S'il est né de parents tuberculeux, s'il présente une céphalalgie, soit continue, soit intermittente et irrégulière dans ses retours, fréquemment fixée à une partie circonscrite de la tête; si, en outre, il est plongé dans un dépérissement remarquable, s'il survient des phénomènes de paralysie; si surtout, cette paralysie est très circonscrite, on a les plus grandes probabilités pour l'existence de tubercules dans les centres nerveux.

» Dans l'affection hydatique du cerveau, le malade est ordinairement à l'âge moyen de la vie; il présente l'état de santé le plus satisfaisant; cependant, sans que sa santé se détériore, il est pris d'une céphalalgie assez constante, mais non continue, de convulsions épileptiformes; il meurt dans le délire ou dans le coma; rarement il existe de la paralysie; et cette paralysie, quand elle existe, non seulement n'est jamais parfaitement circonscrite, mais encore elle n'est jamais complète. Ce défaut de circonscription des phénomènes pathologiques, le peu d'altération qu'éprouve la santé générale, doivent certainement mettre sur la voie de l'existence des hydatides. Si le malade présente dans d'autres organes des tumeurs qu'on peut soupçonner de nature hydatique; bien plus, s'il a rendu par les poumons ou par les intestins des vers vésiculaires, le diagnostic gagne en précision et en certitude.

» Si les trois affections cérébrales dont je viens de parler se présentaient toujours avec les caractères tranchés que

je leur ai assignés, on commettrait des erreurs de diagnostic plus rarement qu'on ne le fait ordinairement. Mais malheureusement, la réaction qui s'allume dans les parties voisines des points pathologiques, les altérations nouvelles qui se produisent, tendent à changer la forme de la maladie, et à compliquer les phénomènes déjà si complexes de ces affections. Aussi, lorsqu'on ne se trouve pas placé dans des conditions aussi heureuses que celles que j'ai fait connaître, est-il permis d'hésiter. C'est alors qu'il est impossible de déterminer d'une manière précise le développement et la présence des hydatides du cerveau, aussi bien que toutes les autres affections organiques des centres nerveux. Dans trois cas, on reconnaît qu'il existe une tumeur dans le cerveau, mais sa nature reste indéterminée, à moins qu'on ne trouve dans l'état général du malade ou dans l'enchaînement des symptômes de quoi éclairer la diagnostic. J'ajouterai que, dans l'affection hydatique, aussi bien que dans toutes les autres affections organiques de l'encéphale, où le diagnostic est entouré d'un aussi grand nombre de difficultés et d'incertitude, on ne doit établir, en général qu'un diagnostic approximatif. C'est pour cette maladie surtout qu'on peut dire ce que Laënnec disait, mais à tort, de la péricardite ; on peut la deviner, mais non pas la reconnaître. » (Aran, *loc. cit.*, p. 113.)

On ne connaît aucun cas qui puisse faire penser que les hydatides du cerveau se terminent quelquefois d'une manière heureuse, et il n'est même guère probable que cette terminaison ait eu lieu quelquefois. En effet, des deux modes de guérison, l'un, le plus fréquent, c'est-à-dire l'expulsion des hydatides au dehors, ne semble pas possible pour les hydatides de la cavité intra-crânienne, et l'autre, c'est-à-dire la destruction et l'absorption des vésicules, la contraction progressive et la cicatrisation du sac hydatique, n'a jamais été observé dans le cerveau; ce mode est d'ailleurs, à beaucoup près, le plus rare. Le pronostic est donc aussi fâcheux que possible, une fois que le diagnostic est bien assuré.

Quant à la durée de la maladie hydatique, il est impossible de la fixer même approximativement. Car déjà, au moment où l'on observe les premiers symptômes, il y a des lésions considérables, et qui, par conséquent, datent d'une époque plus ou moins reculée. Une fois que les premiers symptômes sont déclarés, la maladie se termine habituellement en quelques jours ; cependant il n'est pas impossible de voir les malades vivre une ou plusieurs années.

Le traitement des hydatides de l'encéphale est à peu près nul pour deux raisons : la première, c'est qu'il est presque impossible d'établir un diagnostic certain ; la seconde, c'est qu'on ignore, jusqu'à ce jour, quels peuvent être les moyens propres à empêcher le développement de ces corps parasites. On est donc réduit à traiter les symptômes que la présence des hydatides provoque : la céphalalgie, les congestions, etc., et comme la cause de ces symptômes persiste, c'est presque toujours en vain qu'on en combat les effets.

LIVRE DEUXIÈME.

MALADIES MENTALES.

GÉNÉRALITÉS SUR L'ALIÉNATION MENTALE.

L'étude des aberrations de l'esprit est, sans contredit, un des chapitres les plus intéressants de l'histoire de l'homme. Est-il, en effet, un accident plus terrible que la perte de la raison ? Par quelles influences cette intelligence, souvent si brillante, s'obscurcit-elle tout à coup? Jusqu'à quel point l'organisation, le monde extérieur et intérieur, la civilisation, contribuent-ils à favoriser le développement de la folie? Quelle est la prédominance des causes morales sur les causes physiques, des idées sur les faits? Peut-on remonter à l'origine de cette affligeante maladie? Est-il au pouvoir du médecin de dissiper les ténèbres qui obscurcissent la raison? Et s'il obtient un si beau résultat, par quels moyens y parvient-il?

Cette énumération rapide montre assez l'intérêt de ce sujet qui touche aux questions les plus élevées et les plus délicates de la psychologie, de l'histoire, de la morale et de la médecine.

Historique. — Les anciens connurent la

folie. Hippocrate a cité des observations de délire aigu et de manie, etc. Les livres saints en renferment plusieurs exemples. Saül était certainement atteint d'une manie furieuse intermittente que calmait la musique. Arétée, Celse et surtout Cœlius Aurélianus, ont consacré plusieurs chapitres importants à la description et au traitement de cette maladie. M. Trélat, dans ses *Recherches historiques sur la folie*, et J. Thomée, dans son *Historia insanorum apud Græcos*, ont rassemblé des matériaux très utiles et qui montrent que sur certains points les anciens ont peu laissé à faire aux modernes.

Il faut cependant arriver à la fin du XVIIIe siècle pour voir l'aliénation mentale reprendre son rang parmi les autres branches de l'art de guérir. A la voix de Pinel, les chaînes tombent, les cachots s'ouvrent, et les règles du traitement s'établissent d'une manière convenable. Tout en rendant justice aux travaux de cet homme illustre, à ceux de son disciple Esquirol (*Des malad. mentales*, Paris, 1838, 2 vol.) et des savants nationaux et étrangers, il faut reconnaître qu'il y a beaucoup de points à éclaircir.

Ainsi, dès les premiers pas, nous nous trouverions arrêtés par le sens à donner au mot *aliénation*, si nous ne tranchions la difficulté en la définissant : *l'égarement prolongé de la raison, avec ou sans intervalles lucides* (1). Ajoutons, pour compléter la définition, que cette maladie peut être compliquée des désordres de la sensibilité et de la motilité, et qu'elle a lieu, le plus ordinairement, avec l'état normal des fonctions organiques. On aura une idée des embarras de cette définition, si l'on cherche à établir les limites entre l'état de raison et la folie. (*Recherches des analogies de la raison et de la folie*, par Lelut.)

Mêmes difficultés pour les divisions. La classification actuelle, fondée sur un ensemble de symptômes qui n'ont rien de constant, qui se tranforment assez souvent les uns dans les autres, et qui ne sont pas toujours nettement dessinés, ne saurait satisfaire l'esprit. Celle qu'ont proposée Gall et Spurzheim ne repose sur aucune base solide. L'anatomie pathologique ne nous fournit pas de renseignements plus précis. M. Parchappe, il est vrai, ayant cru reconnaître que les lésions de l'encéphale présentaient des caractères différents très tranchés en rapport avec certaines formes symptomatiques de la folie, a établi les divisions suivantes : 1° folie aiguë monomaniaque ; 2° folie aiguë maniaque ; 3° folie aiguë mélancolique ; 4° folie paralytique ; 5° folie chronique ; 6° folie épileptique. Cette division, qui séduit par sa simplicité, a rencontré des contradictions, et il était difficile qu'il en fût autrement, en entendant l'auteur s'appuyer sur les lésions de la monomanie, de la mélancolie et même de la manie.

Les Allemands, dont les travaux consciencieux devraient être plus répandus en France, admettent des maladies qui se manifestent ou par des jugements d'une fausseté frappante, ou par une impuissance plus ou moins complète de juger ; ce sont l'imbécillité (*Blodsinn*), la stupidité, la démence (*Dummheit*). Viennent ensuite les maladies dans lesquelles l'intellect juge mal, à cause d'une relation vicieuse entre les sens et la faculté de juger. Si l'erreur est momentanée, le malade est un *phantast ;* il est monomaniaque (*vahnsinnig*), lorsque l'erreur est constante. Ces diverses affections appartiennent à la classe des *aberrations* (*verrückung*) dans lesquelles le rapport normal des facultés entre elles est détruit.

La mélancolie (*mélancholie*) est l'affection dans laquelle l'âme est sans cesse fixée sur une idée triste. Elle peut être fondée sur une idée vraie ou sur une erreur de sentiment (*wahnsinn*). Enfin la manie appartient à la classe d'entendement (*wahnwitzig*) ou d'affections qu'on désigne sous le nom générique d'exaltation mentale (*tollheit*). Cette exaltation présente autant de variétés qu'il y a de passions. (Hoffbauer, *Médecine légale relative aux aliénés*, traduite par Chambeyron, Paris, 1827.)

Le docteur Prichard a distingué *une folie morale*, qu'on considère comme une monomanie raisonnante, et qui devrait porter le nom de *folie d'action.*

M. Guislain (*Traité des phrénopathies*) admet huit modes de folie : 1° la *Lupéro-*

(1) On nous citera des cas de folie très courte, cela est vrai, mais ils sont rares.

phrénie, mélancolie; 2° l'*hyperphrénie*, manie; 3° la *paraphrénie*, folie; 4° l'*hyperplexie*, extase; 5° l'*hyperspasmie*, épilepsie, chorée, convulsions : 6° l'*idéosynchysie*, délire, hallucinations; 7° l'*anacoluthie*, rêvasserie, 8° la *noasthénie*, démence.

Esquirol, dans sa classification, qui est celle de Pinel modifiée, augmentée et la plus généralement suivie, ramène toutes les formes de la folie à cinq genres : 1° *lypémanie* ou mélancolie; 2° *monomanie; 3° manie; 4° démence; 5° imbécillité*. Cette division ne comprend point le délire aigu qui établit une transition naturelle entre les affections cérébrales et les maladies mentales; elle ne fait point une classe séparée des hallucinations et des illusions; elle suppose que la folie des monomanes est toujours unique et roule sur le même sujet. M. Delasiauve a lu à l'Académie de médecine un travail sur une nouvelle classification des maladies mentales, dont on trouvera le développement dans la *Revue médicale* de 1847. C'est pour suppléer à ces lacunes que M. Brierre de Boismont a proposé la classification suivante déjà en partie publiée en 1830 dans son mémoire sur l'*interdiction des aliénés*.

DIVISION GÉNÉRALE.

Perte de la raison.	Simple, accidentelle ou congéniale. Avec lésion de la sensibilité. Avec lésion de la motilité.

Sous-division. — Forme. — Six Classes.

1re *Classe*.	*Hallucinations* (1). *Illusions*.
2e *Classe*. Délire cohérent général.	*Délire aigu* (pyrétique) (2). *Manie* avec ou sans fureur.
3e *Classe*. Délire cohérent, gai ou triste, limité.	A une idée (rare), *monomanie*. A un petit nombre d'idées, *oligomanie*. A une idée ou à un petit nombre d'idées, mais qui changent pendant le cours de la maladie, *trépomanie*. A un petit nombre d'idées, mais sans manifestation extérieure, *stupidité*.
4e *Classe*. Délire cohérent général ou limité avec ou sans désordre de la motilité.	*Délire des ivrognes* (3).
5e *Classe*. Délire incohérent.	Démence aiguë (4). Démence chronique. Démence paralytique progressive (folie paralytique) (5). Démence épileptique (folie épileptique). Démence sénile.
6e *Classe*. Faiblesse ou nullité de la raison.	Imbécillité. Idiotie. Crétinisme.

(1) Les hallucinations et les illusions précédant, accompagnant, suivant l'immense majorité des cas de folie, nous avons pensé qu'il convenait de commencer par elles la description des formes de cette maladie.

(2) La fièvre accompagne beaucoup plus fréquemment la folie qu'on ne le croit généralement; elle s'observe dans la manie aiguë, la monomanie aiguë, la démence aiguë; l'accélération du pouls a été notée dans une proportion considérable de cas chroniques.

(3) Le délire des ivrognes nous a paru devoir être ainsi rangé, parce qu'il se présente avec les symptômes des deux classes précédentes.

(4) La démence aiguë existe réellement, nous en avons observé deux cas manifestes qui n'avaient aucun rapport avec la stupidité.

(5) La démence étant la forme qui complique le plus généralement la paralysie progressive et l'épilepsie, nous avons placé ces deux variétés dans le groupe *démence*.

Cette classification n'est sans doute pas plus à l'abri des objections que les autres, nous la croyons cependant plus complète. Au reste, il est très probable que les formes diverses du délire dans la manie, la monomanie, ne sont que les expressions exagérées des tempéraments et des caractères propres aux aliénés.

Anatomie pathologique. — L'explication des désordres fonctionnels des organes par les lésions trouvées après la mort était trop dans l'esprit de la médecine de cette première partie du siècle pour que l'aliénation échappât aux investigations du scalpel. Point de désordre de fonction, il est vrai, sans lésion d'organe; mais ce premier point accordé, il ne fallait pas perdre de vue que l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, le tétanos, une foule de maladies convulsives avaient obstinément refusé de faire connaître leur cause première. N'est-il pas présumable que la pensée dont le mécanisme normal était complétement inconnu, ne livrerait point le secret de sa défaite, et que la rupture du chaînon, si on la trouvait, ne serait tout au plus qu'un effet. Des médecins recommandables, parmi lesquels nous citerons MM. Foville, Delaye, Pinel-Grandchamp, Bayle, Calmeil, Parchappe, Broussais, etc., n'ont point reculé devant ces objections. Nous passerons rapidement en revue leurs travaux, après avoir dit quelques mots de ceux de leurs devanciers.

Morgagni signala l'endurcissement du cerveau, sa mollesse et les épanchements séreux dans les ventricules. (*De sedibus et causis morborum*, lib. I; *De morbis capitis*, epist. VIII, p. 13, 15, 16, 17, etc. — Bonet, *Sepulchretum*, sect. VIII et IX). Greding nota l'épaississement des os du crâne, la fétidité, la mollesse du cerveau, l'atrophie des couches optiques (*Adversaria medico-practica*, edente C. G. Ludwig, Lipsiæ, 1769-1774, 3 vol. in-8°). Haslam remarqua l'adhérence du péricrâne aux os, leur épaisseur ou leur amincissement, la fermeté ou la mollesse du cerveau (*Observations on madness and melancholy*, London, 1798, 2e édition, 1809. *Illustrations of madness*, London, 1818). Prost chercha à prouver que la folie était l'effet d'une inflammation des intestins (1er, 2e, 3e *coup d'œil physiologique sur la folie*, Paris; *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*). Rush en plaça la cause dans les vaisseaux sanguins du cerveau (*Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*, 5e édition, Philadelphiæ, 1835). Mais à côté de ces médecins, deux hommes d'un mérite incontesté n'accordèrent qu'un rôle secondaire à l'anatomie pathologique dans l'aliénation. Ainsi Pinel dit positivement que les lésions sont des effets de la maladie, et qu'elles manquent souvent (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation*, Paris, 1809). Esquirol, après plusieurs centaines d'ouvertures, a été conduit à conclure que, de toutes les altérations qu'il avait observées, chacune d'elles en particulier, ayant été aussi rencontrée dans des cas étrangers à la folie, ne pouvait être rapportée à la production du délire des aliénés. Bien que cet observateur, cédant à l'impulsion générale, ait un peu modifié depuis ses conclusions, il n'a pas fait connaître les caractères des lésions propres à la folie (*Des maladies mentales*, 2 vol. in-8, Paris, 1838). — M. Leuret, dans l'article érudit et critique qu'il a consacré à l'examen des altérations de l'encéphale, p. 9, de son ouvrage sur le *traitement moral de la folie*, Paris, 1840, dit positivement qu'il existe un nombre assez considérable de cas dans lesquels le cerveau n'a éprouvé aucune altération morbide apparente. Cette opinion est également celle de M. Baillarger. Dans un article *sur la valeur des lésions anatomiques dans la folie* (Esculape, 7 novembre 1839), M. Brierre a professé les mêmes principes.

Les médecins localisateurs que nous avons désignés plus haut ne partagent point cette manière de voir. Suivant ces écrivains, on trouve constamment dans le cerveau des aliénés des lésions appréciables, et qui varient d'après l'état aigu ou chronique de la maladie et d'après la nature des symptômes. Ils pensent que ces lésions ont un rapport direct avec le dérangement mental. Voici, au reste, l'exposé sommaire de leurs découvertes. *A l'état aigu*, la *substance grise* extérieure offre dans son épaisseur des marbrures plus ou moins foncées, de petits épanchements, une rougeur générale ou partielle; sa consistance est augmentée ou diminuée,

surtout dans la partie moyenne, les vaisseaux artériels sont souvent dilatés. La fréquence de ces désordres va en décroissant d'avant en arrière. *A l'état chronique*, la *substance grise* se détache en deux couches; on y trouve de nombreux bourgeons charnus; dans quelques cas, elle se ramollit; le volume des circonvolutions peut être diminué; souvent alors il existe de petites cavités remplies de sérosité; l'atrophie de la partie frontale est la plus fréquente; la substance grise peut disparaître complétement; elle peut augmenter de consistance. Dans un certain nombre de cas, les cornes d'Ammon ont présenté des modifications. La *substance blanche*, plus souvent intacte que la grise, présente cependant des altérations; elle peut être injectée, indurée, offrir une couleur nacrée; ses divers plans fibreux peuvent avoir contracté des adhérences entre eux. Les *méninges* ont aussi leurs désordres; elles sont plus ou moins injectées; on y distingue l'opacité, l'augmentation de consistance; les adhérences, les fausses membranes, la sérosité, s'y remarquent également. C'est à tort cependant que M. Bayle a voulu établir sur la méningite chronique une aliénation qui aurait pour caractères distinctifs, suivant l'intensité des lésions, la manie, la monomanie et la démence ambitieuses. L'affection qu'il a décrite sous ce nom est la paralysie générale des aliénés qui se montre, dans l'immense majorité des cas, sous forme de démence. Les formes maniaque et monomaniaque sont presque toujours entées sur un fonds de démence.

Enfin la *boîte osseuse* peut elle-même, par suite de la diminution du cerveau, s'épaissir ou s'atrophier, le diploé et les deux lames *disparaître*.

Une grave objection qu'on a faite à ce tableau, c'est qu'il renfermait des lésions rencontrées dans d'autres maladies. A cela, M. Parchappe répond qu'il est une classe d'altérations qui ne s'observent avec les mêmes caractères que dans l'aliénation, et qui doivent être considérées comme essentielles; ce sont: les ecchymoses sous-arachnoïdiennes, l'injection pointillée partielle de la surface corticale, avec ou sans ramollissement; le ramollissement étendu de la partie moyenne de la couche corticale, l'adhérence de la pie-mère à la surface cérébrale; sa coloration rose, lilas, violette; la décoloration de la couche corticale, l'atrophie des circonvolutions, la dureté du cerveau (*Mémoire sur les altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale*, 1838). De l'aveu de M. Parchappe, ces lésions n'existent pas chez les monomaniaques pour lesquels il suppose la prédominance d'une circonvolution cérébrale. Elles peuvent manquer dans la manie simple, et d'ailleurs elles ont de nombreux points de contact avec les altérations qui caractérisent les phlegmasies aiguës de l'encéphale.

Une première question que suggère, en effet, l'examen de ces lésions, est celle-ci: De quelle nature sont-elles? A quelle classe faut-il les rapporter? La réponse ne saurait être douteuse: A l'inflammation. Quels sont les caractères de ce genre de maladie? La rougeur, l'injection, l'adhérence, la suppuration, le ramollissement, l'induration, la production de fausses membranes, les collections de sérosité, etc., toutes ces altérations ont été vues sur des individus morts de méningite, d'encéphalite, de délire aigu, sans que pendant leur vie ils aient présenté des désordres analogues à ceux de la folie; car il ne suffit pas que la raison ait été troublée pour qu'il y ait aliénation, il faut encore qu'elle l'ait été d'une manière spéciale. On voit quelquefois périr dans les hôpitaux des hommes avec une inflammation bien caractérisée des méninges, avec un ramollissement évidemment inflammatoire du cerveau, et pendant la vie il n'y a pas eu de dérangement d'esprit. M. Emery fut appelé cette année (1848) à donner des soins à un personnage d'un rang élevé, dont la santé avait été jusqu'alors excellente. Je me sens bien faible, dit-il en s'appuyant sur un meuble; les secours les plus actifs lui sont prodigués; il expire presque aussitôt. L'autopsie révéla un ramollissement fort étendu d'un hémisphère cérébral.

Mais tous ces désordres se présentent à l'ouverture du corps de malades qui ont succombé à des affections d'une nature différente. Voulez-vous d'autres preuves? Elles abondent. Il n'est pas de médecin suivant assidûment les cliniques

qui n'ait vu, surtout parmi les adultes, des individus offrir des symptômes cérébraux qui annonçaient une méningite, une encéphalite, un ramollissement, et à la mort, aucune lésion cadavérique n'a pu être constatée, quelque minutieuses qu'aient été les recherches. Si les bornes qui nous sont imposées ne nous arrêtaient, nous citerions les faits curieux de ce genre que nous avons recueillis dans les services de Dupuytren, de MM. Fouquier, Louis, Rayer, Andral, Honoré, Chomel, Magendie, Serres, etc. Cette année, dans les salles de M. Rayer, une jeune fille a éprouvé, pendant douze jours, des symptômes d'une affection cérébrale que les uns ont regardée comme une méningite, les autres comme un délire aigu; à l'autopsie, le cerveau était légèrement injecté.

L'injection, la suffusion, la rougeur des tissus peuvent être le résultat d'une congestion sanguine produite dans les derniers moments par des accidents convulsifs, épileptiformes, apoplectiformes; par la gêne de la circulation, de la respiration et par une stase sanguine due à une agonie pénible et longue. Cette congestion peut elle-même n'être que l'effet répété de ces raptus, si communs chez les aliénés, comme elle n'est évidemment dans l'épilepsie qu'une conséquence des attaques.

Voilà pour l'état aigu du cerveau; passons à un degré plus avancé. L'opacité, l'épaississement, l'adhérence des membranes, l'atrophie, l'induration du cerveau, les adhérences des plans fibreux entre eux, les collections de sérosité, ont été considérés comme des résultats de l'inflammation chronique; mais toutes ces altérations ont été vues chez des individus qui n'avaient point eu l'esprit dérangé ou dont le délire ne ressemblait point à la folie. M. Lélut a constaté sur 25 cerveaux de suppliciés l'opacité et l'épaississement de l'arachnoïde. Ces lésions sont fréquentes chez les vieillards, sans pour cela que leur intelligence soit lésée ou que le délire soit analogue à celui de la folie.

Mais il s'en faut de beaucoup que les traces de l'inflammation se retrouvent chez tous les fous; elles sont souvent vagues, indéterminées, légères ou manquent complétement, et les adhérences des plans fibreux n'ont pas été vues par la plupart des médecins. Voici comment s'exprime M. Lélut dans ses *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et la folie*: 1° si, dans la moitié des cas de délire aigu, le cerveau et ses membranes offrent des vestiges d'inflammation; dans la manie aiguë, 3 aliénés au plus sur 20 succombent à une phlegmasie méningo-encéphalique. Dans les autres cas, le cerveau et ses enveloppes ne révèlent aucune lésion explicative des symptômes de la manie. 2° Dans la moitié des cas de manie chronique et de démence simple, il n'existe aucun désordre appréciable du cerveau et de ses membranes; dans l'autre moitié, on trouve des lésions. 3° Enfin, dans aucune de ces formes, les altérations ne sont constantes ni exclusives. D'ailleurs les lésions inflammatoires qu'on rencontre dans ces différents cas, peuvent être les suites de l'aliénation, comme les désordres matériels de la nostalgie succèdent au chagrin, causé par l'éloignement de la patrie.

Dans la recherche des lésions cadavériques, nous n'avons point parlé de cette longue liste d'altérations, complaisamment énumérées par les auteurs, telles que les tumeurs, les esquilles, les cancers, les kystes, parce qu'elles ne sont que des complications de la maladie principale, et qu'elles existent chez des milliers d'individus qui ne sont pas aliénés.

Quant aux lésions des intestins (Prost, Percival, Guislain), au déplacement du colon transverse (Esquirol), au rétrécissement et à la dilatation du colon (Bergman, Guislain), aux maladies du foie (Romberg), aux altérations du cœur (Foville, Romberg, Copland, Bertolini), etc., ils sont, dans bien des cas, indépendants de la folie; ils en indiquent quelquefois la cause occasionnelle, mais ils ne peuvent jamais en être le siége immédiat.

La pesanteur spécifique du cerveau a encore fixé l'attention des observateurs: Meckel avait dit que celui des aliénés était plus léger que celui des personnes saines d'esprit. Ce point méritait d'être examiné. MM. Leuret et Mitivié ont repris ce travail avec soin; ils ont trouvé que la moyenne de la pesanteur spécifique du cerveau d'un individu intelligent était de 1,028, tandis que celui d'un aliéné était de 1,031;

M. Parchappe est arrivé à la même conclusion, résultat opposé à celui de Meckel. Les pesées de M. Lélut et celles de M. Brierre de Boismont n'ont pas donné de différences appréciables.

M. Parchappe a envoyé à l'Académie des sciences (31 juillet 1848) une note sur le décroissement graduel du cerveau en raison de la dégradation successive de l'intelligence dans la folie simple. Il résulte de ses observations, sur 498 cas, que les moyennes des deux catégories, folie aiguë et folie chronique, diffèrent d'une quantité en poids égale à 89 grammes pour les hommes, à 85 grammes pour les femmes, en proportion égale à 77/1000 pour les hommes, à 67/1000 pour les femmes.

Cette différence est encore plus marquée dans les quatre catégories de folie chronique, où la moyenne entre la folie aiguë et le dernier degré de folie chronique atteint 152 grammes ou 114/1000 chez les hommes, et 135 grammes ou 100/1000 chez les femmes.

Il est une maladie mentale dont les lésions anatomiques sont très fréquentes et en apparence semblables, c'est la *démence avec paralysie générale;* nous reviendrons sur ce sujet, dans la description de cette maladie, nous nous bornerons ici à ces seules réflexions : en résumé, pour les différents auteurs que nous venons de citer, la lésion anatomique est successivement une adhérence des méninges ou une méningite chronique, une encéphalite diffuse, un ramollissement particulier de la couche corticale, une adhérence des principaux plans fibreux, une induration de la substance blanche, un ramollissement qui, des parties superficielles, gagne les parties centrales, c'est-à-dire tout, excepté l'unité. (*Quelques remarques sur la paralysie générale des aliénés*, *Gazette médicale*, 22 mai 1847.)

Il nous resterait à parler de la configuration du crâne chez les aliénés ; mais si la boîte osseuse présente quelquefois des déformations, il est vrai de dire avec Georget que, dans beaucoup de cas, on rencontre chez les fous les mêmes formes de tête que chez les gens sensés ; aussi renvoyons-nous à l'article *Idiotie* pour l'étude des altérations organiques du crâne, parce que c'est seulement dans cette forme qu'on les observe fréquemment.

Quelles conséquences tirerons-nous des faits précédents ? Qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire que la folie ait des caractères anatomiques constants, et que ces caractères lui soient propres. Aussi pensons-nous, contrairement à MM. Foville, Pinel-Grandchamp et Delaye, dont nous apprécions les travaux, que les lésions actuellement connues de la substance corticale ne sont pas liées aux dérangements intellectuels, et que les altérations de la substance blanche ne sont pas plus en rapport avec les désordres des mouvements.

Il n'est point dans les sciences de système sans quelque valeur ; nous devons donc répondre à cette question : Toutes les variétés de la folie, désignées sous le nom de monomanies, et qui portent l'empreinte d'une passion, d'un penchant, tiennent-elles à la prédominance d'un organe particulier? *A priori*, cette doctrine, soutenue avec talent par Gall et Spurzheim, paraît devoir se résoudre par l'affirmative, car les passions, les penchants, les aptitudes, les goûts, les instincts peuvent se manifester séparément. Or, si le cerveau a la possibilité d'exécuter isolément ces différents actes, pourquoi n'aurait-il pas autant d'organes particuliers ? L'observation des aliénés ne justifie point les espérances conçues par les phrénologistes ; ainsi l'on voit des fous par ambition, par fanatisme, par amour, et chez lesquels les saillies correspondantes à ces divers penchants n'offrent rien de particulier ou sont même déprimées. Nous avons donné des soins à un littérateur distingué, qui avait l'organe des langues très prononcé et qui n'a jamais eu le moindre goût pour cette étude. La folle de la Salpêtrière, citée par M. Leuret, avait le sentiment de la musique très prononcé ; et, quoique réduite au dernier degré de la démence, elle répétait aussitôt les différents motifs qu'elle entendait : chez elle, il y avait absence complète de l'organe des tons. M. Combette a présenté à l'Institut le cerveau d'une jeune fille qui avait une excitation des organes sexuels : le cervelet manquait entièrement. Le moule de la tête de l'Indienne Mariammé, offert à l'Académie de médecine par M. Souty,

présentait les plus étranges déformations des os du crâne, et cependant, chez cette jeune fille, on n'a jamais remarqué moins d'intelligence que chez ses compagnes, ni des goûts, ni des penchants particuliers, ni le moindre acte de folie. Nous avons parlé ailleurs de ces peuplades sauvages dont on aplatit artificiellement la tête, et qui ne sont dépourvues ni de courage ni de résolution. (Alcide d'Orbigny, *l'Homme américain*, p. 320, Paris, 1839.) M. Lélut a prouvé, dans un mémoire, que l'organe de la destructivité n'existait pas.

Les partisans de la phrénologie ont avancé, il est vrai, que le développement extraordinaire de l'organe n'était pas indispensable; que son inflammation pouvait déterminer son activité; mais l'ouverture des corps a montré plusieurs fois, dans la monomanie, des désordres absolument semblables à ceux rencontrés dans le délire général. Chez des individus qui avaient un délire général, à l'autopsie, on a trouvé une inflammation exactement limitée à un organe désigné, sans que cette irritation partielle se fût révélée par aucun acte pendant la vie. Souvent la même monomanie correspond, chez plusieurs malades, à des formes opposées de la même partie du crâne. Certes, il y a des aliénés chez lesquels on trouve les protubérances de la religion, du vol, de l'amour physique, et dont la folie a pour cachet l'exagération de ces penchants, mais la plupart de ceux qu'on soumet à l'exploration n'offrent aucun résultat satisfaisant, et souvent même induisent en erreur. (Flourens, *Examen de la phrénologie*, Paris, 1842. Lélut, *Rejet de l'organologie phrénologique*, Paris, 1843.)

Quel est le médecin qui, dans le cours d'une longue pratique, dans les établissements d'aliénés, n'a point rencontré de ces fous qui se croient changés en chien, en loup, en serpent, en cloche de verre, en femme? A la lésion de quelle faculté fondamentale rapportera-t-on un pareil délire? Il est donc impossible, dans l'état actuel de la science, de résoudre par la crânioscopie la question des monomanies, d'indiquer par l'extérieur du crâne en quoi consiste la prédisposition à l'aliénation; « Gall, dit M. Reveillé-Parise, a très bien exposé l'influence générale du cerveau sur le moral, mais quand il veut assigner les limites de chaque sens en particulier, circonscrire nos facultés, parquer nos affections, dire : Là est le bon sens, ici la folie; voilà l'organe de l'ambition, etc., il se perd dans un labyrinthe de conjectures. On s'aperçoit que la mappemonde crânioscopique a été tracée par la prévention systématique.» (*Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit*, t. I, p. 150, 1re édit., Paris, 1834.)

Est-ce à dire pour cela que nous ne regardons pas le cerveau comme le siége de la folie? Ce serait s'abuser étrangement sur le sens de nos paroles. Oui, certes, la folie a son siége immédiat dans le cerveau; mais là se borne tout notre savoir. En résumant ces faits, nous acquérons la preuve que l'anatomie pathologique et la phrénologie ne sauraient répondre à l'interpellation que nous leur avons adressée. La question de la cause prochaine de la folie reste donc pour nous ensevelie dans la plus profonde obscurité. C'est là, au reste, le sort qu'ont eu toutes les recherches entreprises depuis un quart de siècle pour fixer les différentes fonctions du cerveau. Des milliers d'animaux ont inutilement péri, sans avoir donné la solution du problème. Lorsqu'une expérience, faite sur un être vivant, semblait annoncer un résultat nouveau, un fait d'anatomie morbide venait anéantir la découverte et son explication. Cette ignorance contre laquelle nous nous débattons en vain, est pour nous le résultat d'un point de doctrine fondamental, la solidarité de toutes les parties de l'intelligence, parce qu'elle est elle-même un principe unique, immatériel, immortel. Quelque complexe que soit le cerveau, il existe une harmonie parfaite dans l'exercice de ses diverses parties; or, de cette harmonie résulte le *moi*. La liaison des idées, cet admirable phénomène de psychologie, ne se conçoit que par l'unité du moi, mais ce moi a-t-il un organe particulier? Voilà la demande à laquelle on n'a jamais répondu. Il est évident pour nous que l'âme est une intelligence servie par des organes; or, dès que les rouages seront arrêtés, la pensée ne pourra se traduire librement au-dehors. Mais quelle est cette altération du cerveau? Est-ce un dérangement des fibres, une modification

du fluide nerveux, un changement dans un de ses éléments? Nous n'en savons rien. Cette modification n'est-elle pas elle-même secondaire? Connaissons-nous mieux la différence qu'il y a entre le cerveau d'un homme éveillé et celui d'un homme qui rêve? Le scalpel, le microscope et les réactifs pourront-ils nous montrer jamais le mécanisme des opérations de l'esprit? Sait-on pourquoi celui-ci est bon, celui-là méchant? Pourquoi l'un est spirituel, l'autre sot? Quelle est donc cette opiniâtreté à pénétrer les mystères de l'intelligence, lorsqu'on n'a jamais pu soulever le voile qui recouvre la vie organique? jusqu'alors l'étude des formes et des manifestations nous a seule été permise. Il est probable que l'essence des choses, la cause première nous échappera toujours.

Causes. — Il ne faut point perdre de vue nos prémisses, nous ignorons les conditions organiques cérébrales de la folie, mais si cette base nous manque, nous pouvons puiser d'utiles renseignements dans la recherche des causes que nous serions tenté d'appeler *influences secondes*. L'action des causes sur le développement des maladies mentales a de tout temps fixé l'attention des observateurs; considérées sous des aspects très divers, médiocrement utiles et plus ou moins arbitraires, leur classification la plus naturelle, la plus généralement suivie, est celle qui les partage en *physiques et en morales;* mais avant de passer en revue ces causes nombreuses et variées, de signaler leur influence, il est nécessaire de parler de la *prédisposition*, sans laquelle, dans la grande majorité des cas, il n'est pas de folie possible (1). La prédisposition, dont on ne connaît ni la nature ni l'essence, ne se révèle après la mort par aucune lésion organique. Elle s'annonce, en général, dès les plus jeunes années, par une grande légèreté ou bizarrerie de caractère, par une conduite inconséquente, contradictoire, versatile, par des accès de gaieté ou de tristesse instantanés, par une humeur morose, etc.; les individus qui subissent sa funeste puissance, passent pour des hommes singuliers, extravagants, originaux; ils forment une multitude de projets qu'ils abandonnent avec la même facilité; trouvent-ils de l'opposition, leur figure s'anime, leurs yeux font saillie, offrent quelque chose d'étrange, d'insolite, qui n'échappe point aux regards. La prédisposition peut être acquise. C'est ainsi, par exemple, qu'à la suite de coups, de chutes sur la tête, de frayeurs habituelles, de terreurs, d'une éducation vicieuse, l'intelligence est vivement impressionnée dès l'âge tendre, et qu'on voit survenir la folie à une période plus avancée de la vie. Mais de toutes les influences qui agissent sur la prédisposition, celle qui se fait le plus fortement sentir est, sans contredit, l'hérédité; viennent ensuite le sexe, l'âge, les saisons, les climats, l'état civil et les professions.

Hérédité. — Esquirol avait déjà remarqué que chez les riches, l'aliénation était héréditaire trois fois sur six, et seulement une fois chez les pauvres. Sur un relevé de 1,375 aliénés à Charenton, l'hérédité a été notée 337 fois (*Des Maladies mentales*, t. I, p. 64; t. II, p. 683), et il ajoute que cette cause prédisposante est encore beaucoup plus fréquente. D'après d'autres auteurs, l'hérédité serait de 1 sur 6,55 à Saint-Yon; de 1 sur 8,32 à Turin; de 1 sur 15,30 à Palerme. Ces variations sont prodigieuses et bien faites pour tenir l'esprit en suspens, quoique le fait de l'hérédité en lui-même ne fasse l'objet d'aucun doute. Il y a cependant un travail de M. Baillarger qui paraît avoir introduit dans la science des données beaucoup plus positives. Suivant ce médecin, sur 453 aliénés atteints de folie héréditaire en ligne directe, la maladie a été transmise 271 fois par la mère, 182 par le père. La folie de la mère est donc plus fréquemment héréditaire que celle du père dans la proportion d'un tiers.

Sur 271 familles dans lesquelles la folie a été transmise par la mère, cette maladie s'est manifestée à l'époque où les observations ont été recueillies : 203 fois chez un seul enfant; 62 fois chez deux enfants; 5 fois chez trois; 1 fois chez quatre. Donc 346 enfants ont hérité de la folie de leur mère, et, 70 fois sur 271, cette maladie a été observée sur plusieurs enfants en

(1) Point de règles absolues, voilà ce qu'il ne faut jamais perdre de vue. L'expérience montre que des hommes très bien organisés, sans antécédents, ont perdu la tête à la suite d'une violente émotion.

même temps, c'est-à-dire dans plus du quart des cas. En prenant, d'une autre part, 182 familles dans lesquelles la folie a été transmise, non plus par la mère, mais par le père, plusieurs enfants en même temps ne sont atteints que 30 fois, c'est-à-dire dans un 6ᵉ des cas.

Sur 346 cas dans lesquels la mère est aliénée, on trouve 197 filles et 149 garçons. Différence : 48, c'est-à-dire un quart. D'une autre part, sur 215 cas dans lesquels c'est le père qui est aliéné, on trouve 128 garçons et 87 filles. Différence, 41, c'est-à-dire un tiers.

M. Baillarger termine son travail par les conclusions suivantes : « 1° la folie de la mère, sous le rapport de l'hérédité, est plus grave que celle du père, non seulement parce qu'elle est plus fréquente, mais encore comme se transmettant à un plus grand nombre d'enfants. 2° La transmission de la folie de la mère est plus à craindre pour les filles que pour les garçons, celle du père, au contraire, plus à craindre pour les garçons que pour les filles. 3° La transmission de la folie de la mère n'est guère plus à craindre pour les garçons que celle du père ; elle est, au contraire, plus à redouter pour les filles. » (*Rech. stat. sur l'hérédité de la folie*, dans *Bull. de l'Ac. roy. de médecine*, 1847, t. XII, p. 760.)

Les recherches que M. Brierre de Boismont a faites depuis vingt ans, l'ont conduit à constater l'hérédité sur la moitié environ des malades qu'il a observés en France, et sur un grand nombre de ceux qu'il a examinés en Italie, en Allemagne, en Belgique, en Hollande et en Angleterre. L'hérédité est fréquente entre les catholiques d'Angleterre, dans la Société des Amis, dans plusieurs anciennes maisons écossaises, chez les Juifs, les princes. Il est peu d'anciennes familles aristocratiques en France qui ne comptent un fou ou un épileptique ; aussi la nécessité du croisement des races est-elle pour nous indispensable. Il y a longtemps que les historiens de Rome avaient fait la remarque que la ville éternelle aurait été détruite à la troisième génération, si les provinces, véritables artères de l'empire, n'y eussent continuellement versé leur sang le plus pur. Nous ne saurions assez recommander de bien s'informer, avant le mariage, de la santé de la famille. Jamais les aliénés, les épileptiques, les scrofuleux et les phthisiques ne devraient s'unir entre eux. Nous irons plus loin : les deux époux devraient, autant que possible, ne pas être originaires de la même ville, et surtout de la même capitale ; l'amélioration des races est à ce prix. (*Encyclopédie catholique*, p. 38, art. ALIÉNATION MENTALE. Voir l'ouvrage si remarquable de M. P. Lucas, intitulé : *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, Paris, 1847-1849, 2 vol. in-8.)

Sexe. — Le rapport du nombre des aliénés, relativement au sexe, a été l'objet d'actives recherches. Plusieurs observateurs avaient émis l'opinion que les femmes folles étaient plus nombreuses que les hommes. Il y a des variations suivant les localités. Pinel établit la proportion des hommes aux femmes comme 2 : 1, et Esquirol comme 7 : 5. Suivant Earle les relevés qu'il a faits aux États-Unis lui ont donné 4,510 hommes et 2,480 femmes. Sur un total de 76,526 aliénés, Esquirol a trouvé 37,825 hommes et 38,701 femmes : différence en plus du côté des femmes, 876. Lorsque M. Brierre visita l'Italie en 1830, il y avait dans les asiles 3,441 fous ; en y réunissant les 407 de la Sicile, le total était de 3,848, dont 1,960 hommes et 1,888 femmes : différence en plus du côté des hommes, 72. (*Des établissements d'aliénés en Italie*, 1831.) Dans l'établissement de Sonnenstein, à Pyrna, près de Dresde, M. le docteur Klotz dit à M. Brierre qu'il y avait 90 hommes et 60 femmes. Dans l'hôpital de Francfort-sur-le-Mein, ce médecin trouva 60 aliénés, autant d'hommes que de femmes. A Saint-Pétersbourg, au 1ᵉʳ janvier 1832, on comptait 113 malades, dont 54 hommes et 59 femmes. Le nombre des hommes en Norwége dépasse celui des femmes d'un sixième environ. Dans les établissements de la Belgique, de la Hollande et dans ceux de l'Angleterre que M. Brierre a visités récemment, il a trouvé les proportions à peu près égales. (*Remarques sur quelques établissements d'aliénés de la Belgique, de la Hollande et de l'Angleterre*, Paris, 1847. *Annales d'hygiène*, t. XXXVII, pag. 44 et 273.)

M. John Thurnam, qui a repris dernièrement la question (*Observation and essays*

on the statistics of insanity, London, 1845), combat l'opinion de la prédominance de la folie chez les femmes, qui avait été soutenue par Esquirol, et se range à celle d'Arétée et de Cœlius Aurelianus qui pensaient qu'elles y étaient un peu moins sujettes.

Un premier point, dit l'auteur anglais, qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que dans tous les états de l'Europe la proportion des femmes adultes l'emporte sur celle des hommes. Esquirol semble avoir bien connu la loi de prédominance des femmes de 15 à 20 ans (4 pour cent d'après le recensement de 1841 en Angleterre); mais il paraît avoir ignoré que cette proportion est beaucoup plus grande de 20 à 30, puisqu'on l'évalue à 12 pour cent; à 4 pour cent de 30 à 40 et de 40 à 50, ce qui donne une moyenne de 8 pour cent au-dessus de 20 ans: ainsi, en supposant une prédisposition égale des deux sexes à la folie, on doit en trouver un plus grand nombre de cas parmi les femmes, et cette proportion correspondra à l'élévation du chiffre du sexe féminin dans la population générale, aux âges où l'aliénation éclate de préférence.

Une autre cause d'erreur, c'est d'avoir comparé les cas existants, au lieu d'avoir établi des calculs sur les admissions annuelles. Et pour faire sentir tout le vice de cette méthode, il suffira de faire remarquer que la mortalité des hommes aliénés l'emporte sur celle des femmes de 50 pour cent. Comme la mortalité des hommes dans la proportion générale n'excède pas celle des femmes de plus de 7 ou 8 pour cent, il devient évident qu'en prenant des nombres égaux dans les aliénés des deux sexes, il y aura une disproportion frappante dans les cas existants de folie parmi les femmes, et ce chiffre sera nécessairement beaucoup plus élevé, comparé avec les admissions annuelles, que ne le seront les cas existants dans le sexe masculin.

Pour que la comparaison des admissions annuelles fût aussi exacte que possible, il faudrait que les proportions des deux sexes, atteints aux différents âges de la folie, pour la première fois, fussent mises en rapport avec les nombres de la population, pour chaque même période d'âge. Dans le tableau de trente-deux établissements, dressé d'après cette méthode, on trouve que dans vingt-quatre d'entre eux, il y a eu une prédominance marquée d'hommes dans les admissions. Dans un bon nombre de ces établissements, le chiffre s'élève de 25 à 30 et même 40 pour cent; et dans le chiffre total des trente-deux établissements, la proportion en plus des hommes est de 13,7 pour cent. Mais puisque dans les principaux asiles de l'Angleterre, la proportion des hommes reçus dans l'année est presque toujours plus élevée, et dans un plus grand nombre de cas beaucoup plus élevée que celle des femmes, et qu'en outre la proportion des hommes dans la population générale, particulièrement aux âges où la folie se manifeste de préférence, est décidément moindre que celle des femmes, il n'est plus douteux que le sexe masculin soit plus sujet à l'aliénation que le sexe féminin.

Dans un tableau comprenant 67,876 individus des deux sexes, admis dans les établissements de l'Angleterre, depuis leur ouverture jusqu'au 1er janvier 1844, on trouve 36,044 hommes et 31,832 femmes. (*Report by the metropolitan commissioners in Lunacy*, London, 1845.)

En recensant un grand nombre de statistiques, les auteurs du *Compendium* ont trouvé, sur 60,318 aliénés, 31,580 hommes et 28,738 femmes.

Cette opinion est aussi celle de MM. Boutteville, Parchappe. Dans le département de la Seine-Inférieure, disent ces auteurs, la folie est incontestablement un peu plus fréquente chez les hommes. Ainsi, dans le nombre total des aliénés reçus de 1827 à 1843, il y avait 1,745 hommes et 1,334 femmes, ce qui donne 525 hommes et 475 femmes sur 1,000 individus. En comparant le nombre des admissions au chiffre de la population du département, les admissions sur 1,000 habitants sont pour le sexe masculin 4,11 et pour le sexe féminin 3,51. (*Notice statistique sur l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure*, Rouen, 1845.)

Age. — L'enfance n'est pas précisément à l'abri de la folie, quoiqu'elle y soit très rare; Haslam et Esquirol en ont rapporté plusieurs observations. Dans son *Mémoire sur les établissements d'aliénés en Italie*, M. Brierre a cité le fait d'un enfant de dix ans, devenu fou furieux, après

avoir reçu un coup sur la tête. Il a rapporté ailleurs l'observation d'une jeune demoiselle de sept ans qui voyait des anges dans le ciel. (*Des hallucinations, ou histoire raisonnée des visions, des apparitions, des songes, de l'extase, du somnambulisme et du magnétisme*, Paris, 1845, p. 355.) En examinant ces divers exemples, on voit que les formes mélancoliques et maniaques sont les plus communes. Depuis deux ans, les papiers publics ont enregistré dix suicides d'enfants de neuf à treize ans. A la puberté, des besoins nouveaux, vifs, impérieux, font bientôt naître l'aliénation. C'est l'époque des folies érotiques, religieuses. Déjà l'Arabe Ali-Abbas avait noté la monomanie religieuse. Le penchant au suicide est très prononcé à cet âge; on y a constaté plusieurs fois le désir de mettre le feu. Pendant la jeunesse et l'âge viril, les passions éclosent de toutes parts; c'est aussi l'époque où l'aliénation est la plus fréquente. Avec les progrès des années, leur feu s'amortit, s'éteint, et l'aliénation devient plus rare ou change d'expression. Ces considérations sur les âges nous conduisent à rechercher quelles sont les périodes de la vie, les plus favorables à la folie.

D'après un tableau publié par Esquirol pour Paris, on trouve :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Avant 20 ans	436	348	784
De 20 à 25 ans	624	563	1,187
25 à 30 —	635	727	1,362
30 à 40 —	1,441	1,607	3,048
40 à 50 —	1,298	1,479	2,777
50 à 60 —	847	954	1,801
60 et au-dessus	875	1,035	1,910
	6,156	6,713	12,869

Dans un tableau de M. Parchappe comprenant 14,267 individus, les âges se distribuent ainsi :

Admission.	Hommes.	Femmes.	Total.
Au-dessous de 20 ans.	469	518	987
De 20 à 29 ans	1,451	1,418	2,869
30 à 39 —	1,847	1,782	3,429
40 à 49 —	1,340	1,647	2,987
50 à 59 —	694	1,110	1,804
60 à 69 —	519	723	1,242
70 à 79 —	247	448	695
80 et au-dessus	27	27	54
	6,594	7,673	14,267

Les conclusions à tirer de ces chiffres sont évidentes : 1° le nombre des aliénés va en augmentant de vingt à trente ans; 2° de trente à quarante ans, il a atteint le maximum; 3° de quarante à cinquante ans, il diminue, et cette diminution est encore plus sensible après cinquante ans.

Le maximum d'admission pour les deux sexes est de trente à trente-neuf ans; la période de vingt à quarante-neuf ans comprend la grande majorité des aliénés, sur 14,267 aliénés, 9,485 appartiennent à cette catégorie. (*Compendium*, art. Folie.)

La période de vingt à trente-neuf fournit le plus grand nombre d'hommes; celle de trente à quarante-neuf, le plus grand nombre de femmes. Sur les 14,267 malades, il y avait :

3,298 hommes	de 20 à 39 ans.
3,187 —	de 30 à 49 —
3,200 femmes	de 20 à 39 —
3,429 —	de 30 à 49 —

Esquirol et M. Leuret comparant les périodes décennales de la folie avec celles de la population relatives d'après un relevé de 12,869 aliénés, sont arrivés à conclure que plus l'homme avance dans la vie, plus il est exposé à la perte de la raison, mais avec des chances différentes par rapport

aux âges. Ainsi, suivant eux, il y a moins de fous de vingt à trente ans, comparativement à la population ; il y en a plus de trente à quarante ; de quarante à quarante-cinq, le nombre augmente à raison de la diminution de la population ; l'augmentation est plus marquée de cinquante à cinquante-cinq ans ; de soixante-dix à soixante-quinze et de soixante-quinze à quatre-vingts, le nombre des aliénés relatif à la population est énorme. Avant de discuter la valeur de ces calculs, il est bon de faire remarquer que les aliénations ont des caractères différents ; tandis qu'entre trente et quarante ans, éclatent ces folies qui annoncent le plus haut degré de l'exaltation du cerveau, et qui portent le cachet des nombreuses passions de la jeunesse et de l'âge mûr ; les folies de la vieillesse sont surtout marquées par l'affaiblissement et l'usure du cerveau. C'est l'âge des démences chronique, sénile.

M. Thurnam a combattu l'opinion d'Esquirol et de M. Leuret, sur l'augmentation de la folie avec les progrès de l'âge ; cette donnée, dit-il, repose sur la même erreur que celle des sexes, la comparaison des cas existants, au lieu des admissions annuelles. Quetelet, en analysant les faits d'Esquirol, en a tiré une conclusion contraire, à savoir, que la quarantième année était la plus exposée à la folie. (*Sur l'homme et le développ. de ses facultés*, 1836, t. II, p. 236.)

Dans un tableau comprenant 21,333 individus, la proportion des admissions et des réadmissions aux différents âges a eu lieu de la manière suivante :

	0 à 10	10 à 20	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60	60 à 70	70 à 80	80 à 90
	8	1161	5389	5621	4811	2715	1264	321	33
Ce qui donne pour chaque 100 cas.	4	5,4	25,3	26,3	22,6	12,7	5,9	1,6	15

Autant qu'il a été en son pouvoir, l'auteur a recherché l'âge de la première apparition du désordre mental. De ce calcul, il résulte que la période de la vie la plus exposée à l'aliénation est celle de la maturité ; de trente à quarante ans la prédisposition est plus grande ; elle décroît à chaque période décennale ; la diminution est graduelle de quarante à soixante ans, et après cette époque beaucoup plus rapide.

Suivant cette table, la prédisposition relative à la folie de vingt à trente ans est beaucoup moins marquée que celle de trente à quarante ans ; mais cela paraît tenir aux habitudes et au genre de vie des Anglais ; car aux États-Unis, les choses se passent différemment, la proportion des aliénés de vingt à trente ans y est plus marquée que de trente à quarante. Les médecins américains, qui on fait cette remarque, l'attribuent à la nature de leurs institutions et à l'émancipation précoce des jeunes gens qui quittent la famille et se jettent dans les affaires à une époque où les fils de l'Europe sont encore au collége et hors d'état de pourvoir à leurs besoins.

Ainsi dans l'état de Pensylvanie, sur 100 aliénés, il y en a 44,87 de vingt à trente ans, et 18,9 de trente à quarante. Dans l'Ohio, 43,97 de vingt à trente ans, et seulement 24,52 de trente à quarante. Enfin dans quatre établissements comprenant 2,790 cas, on a noté 33,73 pour cent de vingt à trente ans, et 24,44, de trente à quarante ans. (*Drs. Charles Evans and Pliny Earle, Twenty-fourth annual report of the friends asylum at Frankford*, Pennsylvania, 1841, p. 12. — Dr. W.-M. Awl. — *Fourth report of the Ohio lunatic asylum*, 1842, p. 50.)

Des résultats semblables ont été obtenus à la retraite d'York.

La notice de l'asile de Saint-Yon confirme ces données ; ainsi le rapport du nombre des admissions au chiffre de la population pour chaque période d'âge est exprimé par les proportions suivantes :

	Admissions.	
De 0 à 9 ans. .	0,0	sur 1,000 habit.
1 à 19 — .	0,4	
20 à 29 — .	2,4	
30 à 39 — .	4,7	
40 à 49 — .	5,1	
50 à 59 — .	3,7	
60 et au-dessus .	1,7	

Ces faits établissent que la folie, rare au-dessous de vingt ans, augmente graduellement de fréquence de vingt à qua-

rante-cinq, et atteint son maximum de fréquence dans la période de quarante à quarante-neuf ans, qui peut, dès lors, être considérée comme constituant une prédisposition à la folie.

Sur un relevé de 1831 à 1839 embrassant 3,931 individus admis à Bicêtre, MM. Aubanel et Thore montrent que 2,415 individus sont devenus aliénés de vingt et un à cinquante-deux ans; la période la plus forte est de trente et un à quarante et un; elle contient 1,214 personnes. (*Recherches statistiques faites à l'hospice de Bicêtre sur l'aliénation mentale*, Paris, 1842.) C'est aussi l'opinion du docteur Bonacossa, qui établit, dans son essai statistique, que la plus grande fréquence de la folie a lieu de trente à quarante ans. (*Saggio di statistica del regio manicomio di Torino*. Torino, 1837. — Brierre de Boismont, *Quelques remarques sur les statistiques de la folie;* dans *Annales d'hygiène*, 1846, t. XXXVI, p. 223 et 449.)

Tempérament. — L'action des tempéraments sur la folie n'offre rien de bien précis. Il paraît cependant qu'on a plus souvent observé les monomanies tristes chez les individus bilieux, la manie chez les sanguins, la manie et la monomanie chez les nerveux; l'imbécilité, la démence chez les lymphatiques. Toutes ces formes peuvent encore s'unir, suivant les différentes combinaisons de ces tempéraments. Hâtons-nous cependant d'ajouter que les exceptions sont très nombreuses.

État civil. — Le célibat et le veuvage peuvent aussi prédisposer à l'aliénation. Dans les relevés généraux, faits en France, en Angleterre et aux États-Unis, la proportion des hommes aliénés mariés est généralement plus faible. Sur 1,726 femmes, 980 étaient célibataires, 291 veuves et 397 mariées. Sur 764 hommes, 492 étaient célibataires, 59 veufs et 201 mariés (Esquirol).

M. Parchappe a de nouveau apprécié ces influences et dressé les tableaux suivants:

Proportion pour cent.

Aliénés.	Deux sexes.	Hom.	Fem.
Célibataires . .	49	55	45
Veufs	11	6	15
Non mariés. . .	60	61	60
Mariés. . . .	40	39	40

Comparant ces proportions avec celles correspondantes dans la population qui a fourni les aliénés, il établit ce tableau:

Proportion pour cent.

Aliénés.	Deux sexes.	Hom.	Fem.
Célibataires. .	40 4	41 6	39 5
Veufs.	16 3	10 4	20
Non mariés. .	56 7	52	59 5
Mariés	43 2	47	40 3

Il résulte de là que les fous célibataires sont plus nombreux parmi les hommes surtout; le nombre des mariés est à peu près égal; le nombre des veufs, encore plus faible, l'emporte de beaucoup parmi les femmes. Donc le célibat et le veuvage prédisposent à la folie; le célibat également l'homme et la femme; le veuvage plus l'homme; l'état de mariage préserve plus l'homme que la femme.

Professions. — Leur influence est peu connue. Cependant celles qui entraînent des revers de fortune, des déceptions, paraissent y prédisposer davantage. Nous avons été frappé de la forte proportion des instituteurs et des institutrices. Voici les raisons qui nous semblent l'expliquer: beaucoup appartiennent à des familles qui ont été riches; la plupart ont une instruction plus grande que ceux qui les choisissent; ils sont loin de rencontrer les égards qui leur sont dus, et en butte aux vexations des domestiques; ils ne peuvent voir sans envie la fortune des chefs de famille; leur position précaire leur impose des privations et un isolement d'autant plus pénible, que leur imagination est souvent plus exaltée. Il faut reconnaître aussi que cette classe d'individus est tourmentée par de mauvaises passions; elle est jalouse, haineuse, souvent relâchée dans les mœurs. Les femmes surtout ont besoin que l'Université s'en occupe d'une manière spéciale sous le rapport de la moralité et de l'instruction.

Saison. — Hippocrate, Arétée, Celse, affirment que l'été et l'automne causent la fureur. La mélancolie est, dit-on, plus marquée en automne, la démence en hiver. La chaleur agite les aliénés. A la Salpêtrière, les admissions sont plus nombreuses en mai, juin, juillet et août; diminuent de septembre à décembre, et encore davantage en février et mars. Les saisons chan-

gent souvent le caractère du délire. Le maximum de fréquence de la folie est de juin à juillet; le minimum de janvier à février.

Sur une proportion de 16,857 aliénés, 9,259 le sont devenus dans les six mois les plus chauds, 7,598 dans les six mois les plus froids. Plusieurs maladies mentales intermittentes reviennent constamment dans les mêmes circonstances atmosphériques. Les manies sont plus fréquentes dans les saisons chaudes, et la mélancolie dans les saisons humides et brumeuses.

La lune a été regardée par quelques auteurs comme ayant une action sur la folie. Les recherches faites à ce sujet semblent prouver que cette influence est simplement due à sa clarté.

Climats. — Leur action est peu connue; il est probable que des documents plus complets conduiront à des résultats utiles. La physionomie spéciale des productions végétales, minérales, d'un pays; celle de ses habitants, le caractère de ses maladies ne permettent point de supposer que le climat n'exerce point son pouvoir sur les aliénés et sur les formes de la maladie.

Esquirol parle d'un riche habitant des Pays-Bas, sujet à une folie intermittente, dont les accès revenaient régulièrement à l'automne; ce médecin lui conseilla de faire, pendant quelques années, aux approches de cette saison, et pendant sa durée, un voyage en Italie. Ce moyen réussit complétement.

L'état particulier de l'atmosphère semble la cause la plus ordinaire de ces agitations qu'on observe dans les maisons d'aliénés, et qu'on voit survenir, tantôt avec un ciel pur, une chaleur intense, tantôt dans un temps orageux. Ces calmes ou ces agitations varient d'une demi-journée à un, trois ou quatre jours.

Les causes prédisposantes nous servent d'introduction naturelle à celle des *causes physiques* déterminantes de la folie. Celles-ci peuvent être divisées en quatre sections, les *influences organiques, délétères toxiques, atmosphériques, endémiques.*

Les influences organiques sont assez nombreuses; elles comprennent les aliénations qui paraissent devoir être exclusivement rapportées à l'idiotie (1), aux coups, aux blessures, aux chutes, aux maladies cérébrales, à l'épilepsie, à certaines fièvres, à la gastrite chronique, aux maladies du cœur et des intestins, aux menstrues, à la grossesse, au temps critique, à l'onanisme, etc. Toutes ces causes n'ont pas la même valeur. Les folies, par suite de maladies cérébrales, de plaies, de chutes, ont été notées par tous les auteurs. Il est évident qu'il existe le plus ordinairement une prédisposition, mais ce résultat n'en est pas moins sûr. L'épilepsie est une cause très puissante; sur 628 épileptiques observés par Esquirol, 397 étaient atteints d'aliénation, et presque tous offraient des symptômes de démence. Cette complication est, au reste, la plus dangereuse; la plupart des meurtres instantanés ont été commis par des fous épileptiques (Bouchet et Cazauvieilh, *De l'épilepsie*). M. Foville a signalé l'influence du bourrelet sur la production de la folie; nous y reviendrons à l'article *Idiotie.*

A la suite de la fièvre typhoïde, on a vu apparaître une véritable aliénation, qui guérit, en général, rapidement. La monomanie hypochondriaque succède quelquefois à la gastrite chronique (Dubois d'Amiens, *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*, Paris, 1837). Au lieu de cette vésanie, on peut observer une idée fixe, relative aux fonctions des intestins; ainsi les aliénés croient être empoisonnés; ils ont des goûts bizarres, refusent des aliments, s'imaginent qu'un corps étranger les ronge, les dévore.

Nous avons déjà parlé de l'influence attribuée dans ces derniers temps au cœur. A l'appui de cette opinion, l'on rapporte l'observation d'un homme qui, à 40 pulsations, était à moitié mort; à 50, mélancolique; à 70, parfaitement raisonnable, et à 80, maniaque. Il est probable que si les maladies du cœur sont fréquentes dans l'aliénation, c'est que, le plus ordinairement, elles sont les effets de l'agitation, de l'activité morbide, des excitations continuelles auxquelles ces malades se livrent, ou bien encore de simples compli-

(1) Nous renvoyons ce que nous avons à dire de l'idiotie à la description de cette maladie.

cations. Les anciens, Pinel, Prost, Amard, ont assez bien fait connaître les désordres du bas-ventre dans l'aliénation ; mais ni les uns ni les autres n'ont démontré qu'ils fussent cause ou effet de la folie.

Les dérangements de la menstruation, le temps critique, la grossesse, favorisent assez souvent le développement de la folie (Brierre de Boismont, *De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques.* Voir la table au mot *Folie*, p. 586, Paris, 1842). La grossesse, et surtout les suites de couches, donnent lieu *à la folie* ou *manie puerpérale*. Sur 740 femmes aliénées, 79 perdirent la raison par cette cause (Haslam) ; la grossesse peut aussi, en raison des vives émotions éprouvées par la mère, être le point de départ de l'aliénation pour les femmes (Esquirol, *De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices, maladies mentales*, t. I, p. 330. — Burrows, *Commentaries on insanity*, London, 1828, p. 362. — Morel, *Manie des femmes en couche*, Paris, 1847).

L'onanisme doit appeler l'attention des médecins. L'ouvrage du docteur Deslandes a prouvé combien ce triste penchant était commun ; porté à l'excès, il a plus d'une fois déterminé la perte complète des facultés intellectuelles. Il se manifeste aussi fréquemment dans le cours des maladies mentales.

Certaines *influences délétères toxiques* paraissent avoir une action marquée. Ainsi les émanations de plomb donnent lieu à une espèce de folie dans laquelle les malades se déchirent avec les dents, et que les paysans écossais appellent *Mill reeck*. La folie a aussi été observée parmi les mineurs du Pérou et du Mexique. Rush dit que les ouvriers qui travaillent au bleu sont moroses et portés à la mélancolie (Friedreich, *Allgemeine diagnostik der psychischenkrankheiten*, Wurtzburg, 1832, p. 75). Dans l'Inde, lorsqu'un homme a la manie du suicide, il prend de l'opium, devient furieux et se précipite alors à travers les rues, en tuant tous ceux qu'il rencontre pour être tué à son tour. On peut lire dans le curieux ouvrage intitulé : l'*Anglais mangeur d'opium*, les singulières hallucinations que détermine l'emploi de cette substance (Aussi Brayer, *Neuf années de séjour à Constantinople*). Kempfer raconte que les Brahmines de Malabar ont un électuaire composé de semences de stramoine, d'opium et de poussière de fleurs de chanvre, qui donne lieu aux hallucinations les plus étranges. Dans un article publié en mai 1840 (*Gazette médicale*), M. Brierre a décrit les effets les plus remarquables de l'ingestion du hachisch (Voir aussi Moreau, *Du hachisch et de l'aliénation mentale*, Paris, 1845). Nous ne devons point passer sous silence l'abus des boissons alcooliques qui entraîne des hallucinations bizarres, des troubles variés de la raison, et une variété de la folie appelée *Delirium tremens* (Rayer, *Du delirium tremens*, Paris, 1817. — Léveillé, *De la folie des ivrognes*, dans *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1828, t. I, pag. 181). — Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, Paris, 1847).

Influences atmosphériques. — On a vu éclater la folie après une forte chaleur. Ramazzini rapporte que dans un été bien chaud et par un jour de température très haute, les habitants d'Abdère assistaient à la représentation d'une tragédie d'Euripide. Tout à coup un certain nombre de spectateurs furent atteints d'une fièvre cérébrale qui se terminait le dix-septième jour par des sueurs abondantes et des hémorrhagies nasales. Pendant leurs accès, les malades couraient dans les rues, comme des insensés, criant de toutes leurs forces et récitant des vers de la tragédie d'Euripide (Friedreich, *Allgemeine diagnostik der psychischen krankheiten*, p. 347). Dans les campagnes d'Égypte et d'Alger, les soldats avaient des hallucinations, devenaient furieux et mélancoliques et se suicidaient (Desgenettes, Casimir Broussais, *Communications orales*). Pendant la désastreuse retraite de Moscou, beaucoup de militaires, transis de froid, entrèrent dans les hôpitaux d'aliénés de l'Europe ; mais il est certain que les passions tristes devaient aussi fortement affecter le moral. C'est encore aux influences atmosphériques qu'il faut rapporter la plus grande proportion des aliénés au printemps.

Quelques *influences locales* semblent favoriser le développement de la folie. L'Italie est surtout affligée par une alié-

nation particulière que M. Brierre a décrite sous le nom de *folie pellagreuse*, et qui est occasionnée par une maladie à laquelle son symptôme apparent a fait donner le nom de *pellagre* (*De la pellagre et de la folie pellagreuse*, *observations recueillies au grand hôpital de Milan*, 2e édition. Paris, 1832. — Roussel, *La pellagre, son origine*, etc. Paris, 1845. — Baillarger, *De la paralysie pellagreuse*, dans *Mémoires de l'Acad. nationale de médecine*, t. XIII, p. 707). Cette variété de la folie porte plus spécialement au suicide, et quelquefois même à une espèce de monomanie homicide, dans laquelle les individus sont poussés à tuer leurs enfants.

Causes morales. — « On ne nous adressera point le reproche, dit M. Brierre dans un travail inédit, d'avoir amoindri les influences physiques. Médecin, physiologiste, observateur, nous savons la part puissante de l'organisme, nous l'avons faite large; mais l'homme n'est pas plus l'organisme seul, que la lésion anatomique n'est la maladie. Des phénomènes d'un ordre plus élevé, les faits psychologiques jouent un rôle tout autrement important dans la production des affections mentales. Aussi, pour bien saisir le mécanisme des aberrations intellectuelles, pensons-nous qu'il faut étudier l'homme dans sa nature, sa destinée, les conditions de sa vie morale et ses rapports sociaux.

» En nous plaçant à ce point de vue, nous sommes persuadé que nous donnons à l'étude des maladies mentales les proportions qui lui conviennent. Il y a dans cette manière d'envisager les faits un caractère de vérité pratique qui doit plaire aux esprits philosophiques. Nous avions déjà tenté autrefois un essai de ce genre dans notre *Mémoire sur la civilisation;* mais, manquant alors de matériaux scientifiques, d'observations qui nous fussent propres, nous ne fîmes que poser quelques jalons. Aujourd'hui nos connaissances sont plus précises, nos vues plus arrêtées, nos convictions par cela même plus profondes, nous n'hésitons donc pas à marcher résolument dans cette voie, et à proclamer la prédominance des causes morales sur les causes physiques, ou, en d'autres termes, l'*influence toute-puissante de l'idée sur la formation de la folie.*

» Séduits par les doctrines matérialistes, quelques esprits se sont opiniâtrés à voir dans les altérations grossières de la forme, souvent contestées et d'ailleurs secondaires, la cause de la folie, tandis que le plus simple bon sens montrait qu'il fallait le chercher dans l'aliment intellectuel du cerveau, dans la nature des idées.

» Professant ces mêmes principes, Mably, Condillac, Helvetius, Thomas Payne, avaient écrit que les faits influaient sur les idées. Nous croyons être l'expression de la vérité en affirmant que les idées influent sur les faits dont ceux-ci ne sont que les manifestations sensibles.

» Mais si l'idée est la condition indispensable, l'élément de toute opération intellectuelle, il faut qu'elle soit vraie, que sa source soit pure; fausse ou empoisonnée, elle ne peut que produire le plus grand désordre dans l'ordre moral.

» Dès le premier coup d'œil jeté sur cet immense sujet, on est frappé de la fausseté des notions, de la confusion des idées, qui fait naître dans l'esprit de l'homme les différences d'opinions des organiciens et des spiritualistes. Sans vouloir intervenir directement dans ce débat, qui demanderait un autre lieu, nous croyons devoir déclarer que prétendre qu'il ne faut tenir compte que des organes et des fonctions, c'est bâtir sur le sable, se mettre en opposition avec les plus beaux génies anciens et modernes; c'est aller contre ses propres inspirations. Non, la pensée n'est point le produit d'une sécrétion cérébrale, son origine est divine, et dès qu'elle n'est plus retenue par les liens de la terre, elle s'élance vers l'immensité, car elle sent qu'elle vient de Dieu et qu'elle doit retourner près de lui. A quoi donc serviraient tous ces sentiments généreux que nous portons dans notre cœur, l'amour de l'humanité, le désintéressement, le dévouement, le sacrifice de nos plus chers intérêts, si la matière seule existait, si tout finissait avec nous? La perfectibilité de notre espèce est fondée sur cette croyance sublime.

» Mais l'âme, limitée dans le temps, a besoin d'être en communication avec le monde qu'elle habite; c'est l'office des sens de lui apporter d'innombrables notions. Sont-elles défectueuses, les idées se faus-

sent, les erreurs surgissent, le mal moral se développe et se grave par les maximes, les exemples, les apologies. Voyez ce qui arrive chez l'enfant. On veut qu'il soit religieux et moral, on lui jette à la hâte, et à de courts intervalles, quelques instructions que personne ne pratique, pas même la famille, et qu'on abandonne ensuite pour toujours. C'est un programme officiel qu'on remplit, mais auquel le cœur n'a aucune part. Ainsi se trouve déposé le premier germe du doute qui ne cessera plus de croître. Comment, en effet, ne serait-il pas frappé de la fausseté du rôle par lequel il débute dans la comédie hypocrite de la vie qui lui présentera presque toujours les préceptes en désaccord avec les actions. L'instruction lui fournit son contingent d'idées fausses : elle lui vante, outre mesure les vertus des Grecs et des Romains, qu'il devra bien se garder de mettre en pratique, sous peine d'encourir toute la sévérité des lois (1); mais elle ne l'entretient jamais de ses devoirs de chrétien, d'époux, de père, de fils, de citoyen. Les livres qu'il a lus pendant des années lui avaient exalté le désintéressement des grands hommes de l'antiquité, recommandé la modération en tout. A peine a-t-il franchi le seuil du collége qu'il voit passer devant lui des multitudes d'hommes qui courent après la fortune, les honneurs, les plaisirs, prenant à peine le temps de faire une halte dans la boue. Les exemples les plus pernicieux lui sont donnés au dehors et jusque dans son propre foyer. On rit de ses discours, on persiffle ses exemples ; autre temps, autres mœurs, lui crie-t-on. Toutes ses notions sont ébranlées, confuses, son éducation est à refaire. L'incertitude, le doute, le scepticisme s'emparent de plus en plus de son esprit, et avec eux grandit le mal moral, qui, plus tard, se révélera, suivant les circonstances, par des fautes, des crimes, la maladie, le suicide et la folie.

» Un penseur profond a dit, dans un article fort remarquable, que chez nous l'enfant subit dix éducations contradictoires, celle du *de viris* et du citoyen Scipion, qui combat celle du père, en général mondain et Voltairien, et celle de la mère, femme à la mode, sans compter celle du catéchisme et l'influence des jeunes amis. Nous ne parlons ici ni de l'éducation des feuilletons épicuriens, ni du théâtre, ni de la Sorbonne, ni du vaudeville, ni du roman, ni peut-être des prédications des apôtres du temps. Imaginez quelle doit être la confusion de ces teintes et demi-teintes entassées par couches transparentes dans la même intelligence, et de quelle misère, de quelle anarchie, de quel néant elle doit être frappée sous ces incohérentes notions panthéistes, mystiques, matérialistes, catholiques, protestantes, démocratiques, aristocratiques, chevaleresques, poétiques, positives, astrales, géométrales, machiavéliques, rhétoriques et romanesques. Si les maisons de fous ne se peuplent pas démesurément, je tiens le fait pour honorable à la nation. (Philarète Chasles, *Revue des deux mondes*, 1er août 1848.)

» Ainsi voilà l'enfant livré aux idées les plus confuses et les plus disparates; homme, ses perplexités ne font qu'augmenter. On lui avait appris que la conscience, l'équité et la justice, devraient être les règles de sa conduite. Dès ses premières démarches, il acquiert la conviction que la vertu et le mérite ne sont d'aucune utilité pour la fortune, qu'ils ne servent qu'après le succès. Tous ceux qui l'entourent ne sont parvenus qu'à force de sollicitations, d'intrigue, d'abnégation, et après s'être choisi quelque protecteur puissant. Il est forcé de s'avouer qu'un service présent est le prix d'un service futur, et qu'en général on n'accorde qu'à ceux qui donnent, effrayent ou fatiguent. Étonnez-vous donc de l'absence du sens moral, lorsque vous forcez des hommes à mettre de côté tout sentiment de dignité personnelle, à mendier vos suffrages, à ramper devant vous et à faire plusieurs fois antichambre pour la plus mince place due à leurs travaux, à leur talent.

» Ce magnifique dogme de l'immortalité de l'âme, qui entraîne avec lui l'idée d'une autre vie, celle de récompense et de punition, qu'est-il maintenant dans l'état actuel des esprits? un épouvantail ; on n'a pas le temps d'y songer, car la multiplicité des affaires, le désir de jouissances matérielles, la nécessité de se les procurer emportent la vie dans un tel tourbillon, que

(1) Ce passage était écrit avant la révolution et est d'ailleurs applicable à d'autres pays.

ces souvenirs importuns ne se réveillent que de loin en loin et disparaissent comme des éclairs. Mais on a beau dire, Dieu ne se mêle point des actions humaines, on sent que la conduite est en désaccord complet avec les préceptes. A mesure que l'adversité, les déceptions, les souffrances nous arrivent, et elles n'épargnent personne; cette lutte intérieure prend plus de force, et elle est la source de chocs, d'ébranlements, de doutes qui affaiblissent l'esprit et le préparent pour les catastrophes. Comment, en effet, ne pas éprouver des frémissements dans tout son être, quand on se pose ce terrible dilemme : Cela peut être faux, mais aussi cela peut être vrai; si cela est vrai!

» La manière dont s'accomplissent les conditions de la vie morale et les rapports sociaux ne sont-ils pas également pour l'homme des sujets continuels de perturbation, le point de départ de doutes de toute espèce? Il faut être vertueux, juste, bon, équitable, lui enseigne la morale, et sauf quelques exceptions, il voit toutes ces qualités méconnues, foulées aux pieds. Des liaisons illégitimes existent partout autour de lui. Chaque année des milliers d'êtres sans nom, des procès scandaleux, des crimes atroces, d'autres, beaucoup plus nombreux, ensevelis dans les ténèbres lui prouvent que la vertu n'est pas, sans doute, un vain nom, mais que sa pratique est loin d'être générale. Cherche-t-il à remonter à la source de fortunes qui l'étonnent, il s'arrête éperdu au milieu d'actes entachés de dol, de fraude et de ruse, de testaments obtenus par la prostitution, le mensonge et la calomnie.

» Aimez votre prochain comme vous-même, lui dit l'Écriture, et dès qu'il est mêlé aux hommes, qu'il prête l'oreille à leurs discours, il entend murmurer sourdement des paroles de haine, il surprend des regards farouches. Ce sont des amours-propres, des vanités blessés, pour lesquels le pardon des injures est un mot vide de sens. Enfin lorsque, jetant un regard rétrospectif sur lui-même, il examine son for intérieur, il a la douleur de reconnaître que rien ne lui est arrivé à temps, qu'il a dévoré des humiliations et des déceptions sans nombre, et qu'il a presque toujours été en opposition avec ses devoirs et ses intérêts. Aussi que fait-il? il s'isole des hommes, se cantonne dans sa famille, c'est-à-dire dans un égoïsme étroit, mesquin et desséchant, d'où ses semblables et la patrie ne sauraient le faire sortir.

» Nous n'avons soulevé qu'un coin du voile, examinons maintenant l'état de la société, et voyons si l'anarchie intellectuelle, la confusion des doctrines, le renversement des principes anciens, la prédication d'utopies qui sapent Dieu, la famille et la propriété, ne sont pas de nature à augmenter les incertitudes, les doutes, les idées fausses qui assiègent, troublent les âmes.

» Certes, les règles éternelles de la vérité et de la justice existent toujours, mais pour beaucoup elles sont cachées derrière la nuée du désert. Les rapports de la créature au Créateur sont méconnus, il semblerait qu'il se fait un retour vers le vieux monde; les dieux naissent sous nos pas. La pratique nous avait appris que tout était incomplet sur la terre, la théorie nous dit que tout est divin dans la nature de l'homme. Aussi l'orgueil n'a-t-il plus de bornes. Partout ce sont des religionnaires de l'humanité divinisée, se proclamant des dieux, parfaits, complets, fractions intégrantes de l'Absolu, dont l'origine céleste se perfectionne éternellement dans ses métamorphoses. Entraînés par ces doctrines panthéistes et spinosistes, les hommes raisonnent ainsi : puisque je suis Dieu, tout est à moi; puisque je suis bon, tout ce que je fais est bien, puisque je suis libre, tout m'est permis, et ils agissent en conséquence. L'âme ne soupire plus après les félicités de l'avenir, elle les cherche dans la satisfaction des sens et le bonheur matériel devient l'objet de la poursuite générale.

» Nourris de pareils principes, comment les malheureux accepteraient-ils le dogme de la résignation enseigné par l'Évangile? Au milieu de leurs taudis et de leurs misères, les rhéteurs n'ont cessé de prêcher l'épicurisme le plus dissolu. Théâtres, romans et journaux les ont entretenus des ineffables beautés que la richesse contient, des jouissances qu'elle donne à ses élus, et des voluptés comme de la souveraineté humaine. C'était crier à des affamés :

Vive la joie! aussi quelle éruption d'épicuréismes effrénés, de haines ardentes et de vanités sauvages, réclamant l'égalité des orgies, la souveraineté et la volupté.

» Le développement exagéré des professions libérales qui nous donnent plus de médecins que de malades, plus d'avocats que de procès, plus de commis que de places, plus de feuilletonistes que de lecteurs, plus de peintres que de portraits, plus de musiciens que d'instruments, en accroissant la centralisation parisienne, déjà excessive, ne pouvaient qu'enfiévrer les âmes, aigrir les esprits, créer des populations de mécontents et dépraver les intelligences.

» Faut-il donc s'étonner qu'avec un tel état de choses, la source des idées soit profondément empoisonnée, et n'est-il pas tout simple que les folies et les fureurs du temps présent découlent des doctrines actuelles? Il y a bien moins de mal dans les faits et bien plus dans les idées qu'on ne l'imagine. Les faits se guériraient tous seuls, si l'on guérissait les esprits.

» Le mal moral se perpétuera tant que continueront d'exister la folie du spinosisme politique, du panthéisme appliqué à la chose publique, les espérances insensées, la manie de se préférer à tout, de ne se résigner à rien, d'effacer ce qui fait obstacle, et qu'il y aura autant de chefs que d'individus.

» L'auteur de l'*Histoire des hallucinations* avait raison de dire que l'homme vit au milieu d'une atmosphère d'idées fausses qui l'entourent comme ces atomes insaisissables qu'on voit tourbillonner dans chaque rayon de lumière? Apportées par l'éducation publique et privée, par les institutions sociales et par d'autres milieux ambiants, elles sont les véritables éléments générateurs de la folie. Au reste, cette esquisse rapide n'est point une idée spéculative. Toutes les fois, en effet, que nous avons pu descendre au fond d'une question de folie, nous y avons presque toujours trouvé un penchant vicié, une passion déréglée; en un mot, une mauvaise direction des idées et des sentiments. (Cerise, *des Fonctions et des maladies nerveuses*, Paris, 1842.) Nous sommes les premiers à reconnaître que la satisfaction des penchants et des passions est légitime, mais elle doit être réglée, et il ne faut point perdre de vue la lutte qui existe entre ces deux mobiles des actions humaines et des facultés; la suprématie de l'esprit repose sur cet antagonisme.

» La souffrance morale, voilà donc, en dernière analyse, le cri suprême de l'humanité. Dans cette immense mêlée de la vie, tous souffrent, mais ceux-là surtout que la nature a doués d'une organisation nerveuse, d'une suceptibilité extrême. Lorsque la douleur est parvenue à son dernier période, qu'elle n'a plus de relâche, qu'elle dépasse les forces, la folie est la terminaison fatale.

» Que de faits on pourrait citer en faveur de cette action toute-puissante des souffrances morales dans la production de la folie. Nous nous contenterons de rapporter les deux suivants qui ont été publiés par nous dans la *Gazette des médecins praticiens*. Il y a environ sept ans, on conduisit dans notre établissement une dame qui paraissait jouir de toute sa raison. Le certificat du médecin attestait qu'elle avait fait la veille une scène scandaleuse et qu'elle avait menacé son mari de le tuer. Elle se montra fort étonnée d'être enfermée; à l'entendre, il y avait certainement erreur, ou bien elle était victime de quelque odieuse machination. Pendant quelque temps elle fut tranquille, employant la journée à travailler, et, à l'exception de quelques paroles en désaccord avec sa position, ne donnant aucun indice de désordre intellectuel. Peu à peu, elle devint plus communicative, et elle finit par confier à une de ses compagnes, qu'elle était la plus infortunée des femmes; son mari l'avait indignement trompée; fils naturel, il l'avait épousée sous un faux nom, et n'avait pas tardé à introduire sous le toit conjugal un enfant illégitime. Bientôt il se conduisit fort mal avec elle. Plein d'égards en public, il lui refusait tout en sécret, la blessait dans ses sentiments, ses affections, et lui rendait l'existence insupportable. « Si je racontais ce que je sais, ajouta-t-elle, on comprendrait combien ma destinée était malheureuse. Avant moi, cet homme avait séduit une jeune fille vertueuse, qu'il tourmentait de mille manières; un jour, dans un accès de jalousie, il la laissa presque sans vie. Arrêté après cet acte de violence, il fut

mis en jugement; les preuves manquaient, il fut acquitté : mais la malheureuse était folle.

» Cette histoire romanesque avait fait peu d'impression sur notre esprit; nous la regardions comme le produit d'une imagination exaltée, lorsque nous reçûmes, quelques mois après, une autre dame, qui, depuis vingt ans, avait des intermittences de folie. Son délire était gai, elle chantait presque continuellement. Une nuit elle répéta, à diverses reprises, le nom du mari de la première malade. Près d'elle couchait la personne qui avait reçu les confidences; celle-ci interroge aussitôt la nouvelle arrivée avec intérêt. C'était bien celle qui, séduite par M***, avait manqué périr par sa jalousie, et dont la raison était altérée depuis ce fatal moment. Ainsi nous avions devant nous deux exemples vivants de ces innombrables chagrins domestiques qui rongent tant d'existences, et font sourire de pitié l'observateur auquel on vante le bonheur des riches.

» Le second fait est celui d'un jeune homme que la maladie de ce siècle, l'orgueil, amena dans notre établissement. Né avec quelques dispositions, M*** fit de bonnes études. Ses premiers succès l'enivrèrent; il se crut destiné à devenir célèbre. Il passait ses journées à composer un roman qu'il publia et qui ne réussit point; ce revers fut sans influence. Il se mit à écrire de plus belle; son nom fut plusieurs fois cité. Pendant quelque temps, il rédigea de petits journaux, mais loin de trouver la fortune dans cette carrière, il ne tarda pas à être aux prises avec le besoin. La lutte fut longue; plein de jeunesse et de force, il se défendait en désespéré. Que de fois nous le trouvâmes, au milieu des salons, discutant avec les rois de la pensée; eh bien, cet homme qui paraissait si calme, si tranquille, n'avait souvent pas mangé, car dans notre société, l'habit passe avant la nourriture. A la fin, la tête s'exalta. En voyant beaucoup de ses camarades qui, sans avoir ses talents, arrivaient à la fortune, aux honneurs, il se crut méconnu, le chagrin s'empara de lui, et son désespoir s'exhala par des cris, se trahit par des actes insensés. Il fallut l'enfermer. » (*Mémoire inédit*).

On pourrait multiplier ces citations à l'infini; ces deux faits, pris au hasard, suffisent pour montrer l'influence de la douleur dans la production de la folie. Ne soyons donc pas surpris de voir celle-ci se manifester de préférence là où les passions ne cessent de fermenter, là où l'ambition est démesurée, le désir des richesses effréné, l'amour du bien-être matériel le but suprême, les préceptes religieux et moraux oubliés, l'individualisme et le scepticisme tout-puissant, là, en un mot, où les idées et les sentiments sont sans cesse faussés, c'est-à-dire dans nos grands centres de civilisation.

Les adversaires de cette doctrine ont présenté des chiffres à l'aide desquels ils voulaient combattre Pinel, Esquirol, Georget, MM. Guislain, Foville et Brierre de Boismont; tous les calculs du monde, ont dit les auteurs du *Compendium*, ne détruiront pas un fait d'observation, c'est que le cerveau étant le centre auquel viennent aboutir, se rendre toutes les impressions du dehors, duquel partent toutes les impressions du dedans, l'organe qui est constamment en action, qui ne cesse d'enfanter, de produire, d'éprouver des chocs, des émotions innombrables, il est tout simple que les causes morales l'emportent, en fréquence surtout, dans les pays où cet organe est le plus exercé.

Quelles preuves plus fortes, en faveur de la prédominance des causes morales sur les causes physiques, que ces folies nombreuses qui portent le cachet de chaque événement, de chaque siècle, de chaque pays? Fait extrêmement curieux sur lequel M. Brierre de Boismont a appelé l'attention dans la *Gazette médicale* (1830), dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, publié par les *Annales d'hygiène*, ayant pour titre : *De l'influence de la civilisation sur le développement de la folie*, Paris, 1839, t. XXI, p. 241; et dernièrement, enfin, dans deux notes, l'une sur l'*Influence des derniers événements dans la folie*, l'autre sur les *folies épidémiques* (*Union médicale*, 22 juillet 1848, fév. 1849.) Pas de découverte, pas de changement politique qui n'engendre des aliénations. L'histoire pourrait presque se lire dans la peinture des désordres de l'esprit. A l'époque de la révolution française, les familles nobles remplirent les maisons de santé, comme

dans la révolution de 1688 en Angleterre, les nouveaux nobles devinrent en grand nombre aliénés. Partout se retrouve cette influence : pendant sa visite à la maison d'Aversa, dans le royaume de Naples, le docteur Vulpes fit observer à M. Brierre de Boismont, que les révolutions qui ont tourmenté ce pays ont chacune produit une série de fous. Après la chute de la Pologne, plusieurs de ces malheureux exilés devinrent aliénés. Depuis 1815 on a remarqué une suite d'aliénations dont les caractères retraceraient fidèlement les désastres de l'empire, la révolution de juillet, l'apparition du choléra, les journées des 5 et 6 juin, la catastrophe du 28 juillet, et toutes les phases de notre dernière révolution.

Cette opinion était celle de l'immense majorité des médecins spécialistes, lorsque dans la séance de l'Académie des sciences du 10 juillet 1843, M. Moreau de Jonnès lut une notice sur le nombre d'aliénés existant en France. D'après cet honorable statisticien le terme moyen des aliénés est de 18,350, ce qui donne 1 aliéné sur 2,000 habitants environ, et non pas 1 sur 1,000, comme on l'a soutenu jusqu'alors. Les admissions nouvelles dans les hospices varient annuellement de 5,400 à 5,800 malades, ou 1 sur 6,000 habitants. Les sorties par guérisons ou curations d'hôpitaux montent à 3,000. La mortalité est considérable ; elle est par an au maximum de 1,969 aliénés, et au minimum de 1,600 ; c'est 9 à 10 individus par 100.

Par un résultat diamétralement opposé à l'opinion qui veut que les causes morales aient une grande prépondérance sur la folie, ce sont les causes physiques qui déterminent le plus souvent l'aliénation mentale. Sur 10 aliénés il y en a 7 qui leur doivent la perte de la raison, et 3 seulement dont l'état est attribué à des impressions morales.

Voici, suivant M. Moreau, le tableau des causes qui ont produit l'aliénation mentale dans 10,111 cas.

Causes physiques.	Nomb. d'aliénés.	Nomb. sur 1,000.
1° Idiotisme	2,234	321
2° Epilepsie	1,137	162
3° Ivrognerie	792	114
4° Irritation excessive	455	94
5° Caducité	441	78
6° Misère	329	47
7° Onanisme	293	43
8° Fièvre, phthisie	245	35
9° Excès de travail	176	25
10° Coups et blessures	154	22
11° Autres causes	408	59
Total	4,944	1,000

Causes morales.	Nomb. d'aliénés.	Nomb. sur 1,000.
1° Chagrin	1,186	377
2° Amour et jalousie	767	244
3° Religion mal entendue	471	150
4° Ambition	314	100
5° Orgueil	291	92
6° Politique	118	37
	3,147	1,000

Causes physiques	4,964	688,8
Causes morales	3,147	311,2
	10,111	1,000,0

La simple énumération de ces causes suffirait singulièrement pour diminuer la valeur de ce tableau, car il est évident qu'il est complétement en désaccord avec l'observation médicale. Les idiots ne sauraient être rangés parmi les fous; pour avoir perdu l'esprit il faut l'avoir possédé. C'est par erreur que les épileptiques sont tous considérés comme des fous. L'ivrognerie, et surtout la misère, agissent beaucoup plus souvent d'une manière morale que physique. Qu'entend l'auteur par irritation excessive, caducité, fièvre, phthisie et autres causes? Ne sont-ce pas là des influences totalement inconnues ou mal expliquées? Il est donc évident qu'en retranchant seulement les idiots, les épileptiques et les aliénés par *irritation excessive* du tableau de M. Moreau, on aurait déjà, comme l'a très bien fait remarquer M. Parchappe, une différence en faveur des causes morales de 209. (*De la prédominance des causes morales dans la génération de la folie*, dans les *Annales médico-psychologiques*, t. II, p. 358.) Mais sur quelles garanties reposent ces chiffres? Sur aucunes; car il faut savoir comment les colonnes sont remplies et ne pas perdre de vue de quelle manière les renseignements ont été recueillis. Presque jamais les médecins ne font eux-mêmes ce travail, et ils manquent des données nécessaires pour le bien faire. Les commis qui dressent ces tableaux n'ont pas l'aptitude nécessaire pour les remplir convenablement. Il ne faut pas d'ailleurs se dissimuler que les médecins ne se résoudront que très difficilement à envoyer aux administrations supérieures des travaux pour que d'autres en recueillent les fruits.

Dans un excellent mémoire sur les causes de la folie, M. Parchappe a établi ainsi le rapport sur 385 cas:

243 folies pour causes morales.	53 sur 100
142 folies pour causes de toute nature .	37 sur 100

La fréquence relative des causes déterminantes de la folie par rapport au sexe doit être fixée de la manière suivante :

	Hommes.	Femmes.
Causes morales.	55 sur 100	71 sur 100
Excès intellectuels et sensuels. .	30 —	10 —
Causes organiques.	12 —	18 —
Causes cérébrales	75 —	88 —
Causes inconnues.	14 —	23 —

Les dix causes les plus fréquentes de l'aliénation mentale se classent ainsi :

Hommes.	Femmes.
1° Abus des boissons.	1° Chagrins domestiques.
2° Revers de fortune.	2° Revers de fortune,
3° Perte d'une personne aimée.	3° Perte d'une personne aimée.
4° Frayeur.	4° Suites de couches.
5° Idiotisme.	5° Amour contrarié.
6° Chagrins domestiques.	6° Abus des boissons alcooliques.
7° Colère.	7° Frayeur.
8° Dévotion exaltée.	8° Jalousie.
9° Amour contrarié.	9° Dévotion exaltée.
10° Inquiétudes à propos d'argent.	10° Colère.

Prenant ensuite chaque folie en particulier, M. Parchappe montre que les causes morales entrent pour 44 sur 100 dans la manie, pour 77 dans la lypémanie, pour 50 dans la folie paralytique.

Georget, à l'article *Causes morales et physiques de la folie* (*Dictionnaire* en 25 vol.), s'exprime en ces termes: Les causes les plus fréquentes et les plus puissantes de l'aliénation sont les perturbations morales, telles que les veilles, les excès d'études, une imagination exaltée, pervertie par des lectures, des spectacles, des conversations, des sociétés; le désir de l'union

des deux sexes vivement souhaitée et non satisfait; l'amour propre blessé, l'orgueil humilié; la colère, la frayeur, l'excès de zèle et les scrupules religieux; les inquiétudes et les terreurs d'une conscience timorée, excitées par des prédications effrayantes; l'amour contrarié, les revers de fortune, le passage subit de l'aisance à la misère, des grandeurs et du pouvoir à l'abaissement; la jalousie, les contrariétés et les chagrins domestiques; la honte, les remords, la pudeur outragée; l'ennui qui accompagne le désœuvrement, qui suit l'épuisement des jouissances de toute espèce, etc. L'on pourrait dire, ajoute Georget, que ce sont là les causes naturelles de l'aliénation, la démence primitive exceptée, tant elles sont communes.

On conçoit bien que l'impulsion donnée au trouble fonctionnel, par lequel débute la folie, doit être généralement un excès d'action cérébrale; seulement il ne faut pas perdre de vue que cette première impulsion, pour devenir efficace, a besoin le plus souvent de rencontrer une organisation en quelque sorte préparée; c'est ainsi que concourent les prédispositions et les causes déterminantes.

Si presque tous les médecins d'aliénés ont été unanimes sur la prédominance des causes morales, une grande divergence d'opinions s'est manifestée parmi eux sur l'influence de la civilisation. Ainsi M. Foville (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, page 520.) admet que la folie est plus fréquente dans les pays à civilisation avancée, ce qu'il attribue à l'activité plus grande de la vie intellectuelle, aux revers de fortune, etc. Quoi qu'il en soit, ajoute ce médecin, il suffit d'avoir constaté que le nombre des fous est dans tous les pays en raison directe de la civilisation, pour résoudre, par l'affirmation, une question débattue depuis quelques années, savoir, si le nombre des fous augmente en France depuis la révolution. Georget dit également que l'aliénation mentale est beaucoup moins en rapport avec l'influence du climat qu'avec les mœurs, les institutions, les passions. M. Brierre a surtout soutenu cette opinion dans son mémoire sur l'influence de la civilisation relativement au développement de la folie dont nous allons reproduire plusieurs conclusions: 1° l'aliénation est d'autant plus fréquente, et ses formes plus diverses, que les peuples sont plus civilisés, tandis qu'elle devient d'autant plus rare qu'ils sont moins éclairés; 2° l'augmentation des aliénés suit le développement des facultés intellectuelles, des passions, de l'industrie, etc.; 3° le rapport des aliénés à la population est d'autant plus considérable, que les nations ont atteint un plus haut degré de civilisation; le chiffre de la population n'a point une influence immédiate sur le développement de la maladie puisque de grandes capitales, des nations très peuplées, ne contiennent qu'un petit nombre de fous (*Annales d'hygiène*, 1839, t. XXI, p. 241-295). Depuis la publication de ce mémoire, un grand nombre de notes ont paru dans les *Annales médico-psychologiques* sur cet important sujet; toutes viennent à l'appui de la manière de voir de cet auteur.

MM. Leuret, Parchappe, Cerise et les auteurs du *Compendium*, se sont élevés avec une grande force contre ce travail et ses conclusions. Rien de moins fondé, dit M. Parchappe, que l'opinion qui fait de l'aliénation mentale une maladie de la civilisation, c'est dire que le perfectionnement de l'état social est une cause prédisposante de l'aliénation mentale; c'est avancer une opinion que les faits n'ont pas prouvée et que la raison repousse (*Loc. cit.*, p. 42-43). Voici les principales objections que ces auteurs ont adressées à M. Brierre: 1° il n'est pas démontré que le nombre des aliénés augmente suivant un rapport plus grand que l'accroissement de la population. 2° On compte plus d'aliénés, parce que la maladie est mieux connue. 3° L'influence de la civilisation se mesure par le rapport connu entre le nombre des aliénés et le chiffre de la population dans divers pays. Or, en classant les pays d'après cette considération, le maximum de civilisation appartiendrait à la Norwége, et le minimum au Piémont. 4° Il est une foule de causes qui produisent la folie, et qui sont absolument indépendantes de l'état de civilisation. 5° On n'a pas tenu compte des causes déterminantes qui varient avec les différentes époques. 6° On n'a pas distingué ce qui appartient réellement à la civilisation de ce qui doit être attribué à

l'agglomération des hommes et à l'accumulation des richesses. Ces deux dernières circonstances sont toujours une cause de corruption dans les mœurs, et celle-ci est, en effet, une des causes les plus actives de la folie. 7° Les excès sensuels, l'ivrognerie, sont les causes les plus fréquentes de la folie; or, les progrès de la civilisation doivent de plus en plus faire disparaître cet ordre de choses. Je ne doute pas, continue M. Parchappe, que le résultat définitif de la civilisation ne soit une diminution du nombre des aliénés, parce que le progrès social doit avoir pour résultat d'augmenter l'instruction, l'aisance, la moralité, de diminuer les habitudes vicieuses, l'adresse de maîtriser les passions (*Loc. cit.*, p. 65).

« La meilleure réponse que nous pourrions faire à ces manifestes en faveur de la civilisation actuelle, dit M. Brierre, serait de leur opposer le tableau de ce qui s'est passé sous nos yeux depuis quelques mois. Quand tous ceux qui, à force d'intelligence, de patience, de privations et de travail, avaient fini par se créer une position indépendante, ont tremblé pour leur famille, leur fortune, leur avenir, on est peu fondé à parler des progrès de la moralité, de la diminution des habitudes vicieuses, de l'empire sur les passions. Qui oubliera jamais cette invasion de la paresse dans les ateliers nationaux, démoralisant en quelques jours les meilleurs ouvriers; ces milliers de drapeaux, nouveau mode de payement des propriétaires; cette curée de places obtenues par des moyens qui rappellent les plus mauvais jours de .... Vous vous plaignez des dénonciations, disait un jour un employé, ces cartons en sont pleins; c'est la monnaie courante de l'époque. » (*Loc. cit.*)

... Avant de nous accuser d'être un ennemi du progrès, poursuit M. Brierre, il fallait au moins examiner le sens que nous donnons au mot *civilisation*. Or, voici comme nous nous exprimions à ce sujet. Nous sommes les premiers à reconnaître les bienfaits d'un ordre de choses qui a fondé l'égalité des droits, proclamé la liberté des cultes, reconnu la supériorité de l'esprit; mais nous croyons aussi que cet état est loin d'être arrivé à sa perfection. Lorsqu'on compte en Europe 1 indigent sur 20 individus, 1 mariage sur 150 personnes, 1/3 d'enfants naturels dans chaque grande ville, presque 1 suicide sur 1,000 habitants, il est évident que la cause du progrès a encore beaucoup à faire. (De Villeneuve, *Du paupérisme*, t. I, p. 339, *Annales d'hygiène*, t. XXXIV, an. 1845, p. 474.)

Aux objections de ces honorables médecins, on peut opposer les faits puisés dans le rapport des commissaires de la métropole (*Report of the metropolitan commissionners in Lunacy*, London, 1844) dans celui des aliénés de la Belgique, par M. Guislain (*Rapport sur l'état des aliénés en Belgique*), et dans le 24e rapport de l'asile d'Hartfort (Connecticut), par M. Butler. On nous saura gré de citer le passage suivant de ce dernier travail :

« Dans les villes de la Nouvelle-Angleterre et dans les provinces populeuses, l'aliénation augmente, et cela dans des proportions qui ne sont pas en rapport avec l'accroissement de la population. Nous ferons la part des erreurs de calcul dans le récensement, mais cela ne nous empêchera pas d'avouer qu'il n'est aucune contrée au monde où l'aliénation existe dans de telles proportions.

» Les relations sociales, continue l'auteur, ne sont point établies dans le but de reposer l'esprit ou de le récréer, et trop peu de temps est donné aux jouissances littéraires ou scientifiques. L'application aux affaires d'intérêt est trop longue et trop absorbante. Nous nous levons de bonne heure et nous prenons trop peu de repos. Nous mangeons notre pain au milieu des inquiétudes, et encore avons-nous regret d'employer ce temps indispensable que nous nous reprochons d'enlever à l'avancement de nos affaires. Les traces profondes des soucis de toutes sortes sont profondément gravées sur nos fronts, et leur influence corrosive n'ôte pas seulement au cerveau son élasticité, mais, dans la plupart des cas, détruisent encore les meilleurs sentiments du cœur. Ces influences funestes pèsent sur cette société plus qu'en tout autre lieu du globe. L'accroissement progressif de la prospérité nationale donne un mauvais aliment à toutes ces mauvaises passions, et menacent d'engloutir les meilleurs sentiments et les plus

nobles sympathies dans le gouffre de l'ambition et du luxe. Comme je cherchais un jour à démontrer à un jeune négociant, plein d'intelligence, le danger qu'il y avait pour lui de se livrer aux intérêts d'argent avec un acharnement qui l'empêchait de goûter les moindres joies de la famille ; je sais que je fais mal, dit-il, mais la concurrence effrénée qui règne autour de moi m'empêche de prendre ni trêve ni repos pour soutenir mon caractère d'homme d'affaires (*Businessman*). Je ne consacre jamais plus de cinq minutes à mon repas, disait un autre, qui, un mois après, était atteint de manie furieuse. »

Nous sommes, ajoute M. Morel dans son compte-rendu, parfaitement de l'avis de l'honorable docteur Butler, qui regarde un pareil état comme très grave ; nous pensons, de plus, que non seulement la société américaine, mais la vieille société européenne offrent au développement de l'aliénation les éléments les plus actifs. (*Annales médico-psychologiques*, septembre 1847, p. 302-303.)

États-Unis, Angleterre, France, voilà les nations qui comptent les aliénés par milliers, tandis que la proportion diminue d'une manière sensible en Italie, en Espagne, en Russie, en Égypte, en Turquie, en Orient. (Voir le mémoire sur la civilisation, celui de M. Moreau, de Tours, *sur les aliénés d'Orient*, le *Voyage médical en Afrique*, par M. Furnari, Paris, 1845, p. 329 ; les diverses notes des *Annales médico-psychologiques*.)

»Nous ne ferons qu'une réponse à l'argument par lequel on m'attribue ironiquement, dit M. Brierre, d'avoir donné le maximum de civilisation à la Norwége et le minimum au Piémont. Jamais les hommes sérieux ne doivent se servir de pareilles armes, mais il y a autre chose à dire. Dans les pays de montagnes, les idiots sont en proportion considérable, et dès lors le reproche porte à faux. Peut-être aussi l'auteur de la critique serait-il un peu surpris d'apprendre que la Norwége, qu'il croit si en arrière dans la civilisation, ne compte pas un homme qui ne sache lire, écrire, et que le plus humble paysan connaît très bien son histoire et ses droits; enfin une nouvelle note de M. Holst prouve que l'ivrognerie a pris des développements énormes dans ce pays.

» Nous n'avons jamais prétendu que toutes les causes qui produisent la folie tinssent à la civilisation ; l'énumération qu'il a donnée démontre le contraire. Quant aux causes déterminantes qui varient avec les différentes époques, elles se rattachent à la civilisation de ces temps. Enfin, ajoute M. Parchappe, la corruption, les excès sensuels, l'ivrognerie, sont les causes les plus fréquentes de la folie ; or, les progrès de la civilisation doivent faire disparaître de plus en plus cet ordre de choses. Nul plus que nous ne croit au perfectionnement social ; mais nous parlons de l'époque actuelle et les faits qui se passent sous nos yeux ne prouvent pas que le moment du progrès soit arrivé, quand, dans la seule ville de Paris, 62,000 malfaiteurs se lèvent chaque jour avec la pensée de vivre aux dépens d'autrui, le doute est bien permis. (Frégier, *Des classes dangereuses de la population dans les grandes villes*, Paris, 1840, t. I, p. 58.)

» Comment d'ailleurs en serait-il autrement quand on voit la manière dont l'instruction et l'éducation sont dirigées, les professions choisies, les mariages contractés. Pour nous borner à la première catégorie, l'éducation, dit M. Seguin, chez les peuples qui se proclament en progrès, et se croient modestement arrivés au dernier terme possible de la civilisation, consiste à parquer des milliers d'enfants dans des espèces de casernes, où, sans tenir compte des aptitudes physiques diverses, des lésions physiologiques variées, des dispositions intellectuelles différentes, on leur donne chaque jour à tous, indistinctement et exclusivement, quatre ou cinq rations d'aliments intellectuels que leur mémoire est chargée de digérer sans souci des facultés qui entrent ou non en fonctions, des organes des sens et de la myotilité, plus ou moins atrophiés par cette existence amère où toute la personne psychique, physique et morale s'abime dans l'usage d'une seule faculté qu'on appelle la mémoire. (Ed. Séguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, Paris, 1846.)

» Non, la civilisation n'est point ce qu'elle devrait être ; elle a incontestablement amélioré le sort d'un plus grand nombre

d'hommes, mais la proportion de ceux qui souffrent est encore immense. La traite des blancs se fait partout, dans les armées, les manufactures, les professions. Les impôts les plus lourds grèvent les objets de première nécessité. La douleur sous toutes les formes, voilà le lot de l'humanité. Le bonheur n'est le partage que de quelques privilégiés. » (*Loc. cit.*)

Il ne peut donc y avoir aucun doute sur la prédominance des causes morales et sur l'influence de la civilisation actuelle, dans la production de la folie.

Le nombre des fous officiels a été fixé, par M. Moreau de Jonnès, à 18,350; ce chiffre ne représente point ce qui existe. Beaucoup d'aliénés, et surtout d'idiots, restent dans leurs familles. Un certain nombre de malades riches sont envoyés à l'étranger; d'autres sont traités chez eux. La première parole qu'on adresse souvent au médecin dans les grandes familles est celle-ci: *Nous ne voulons point entendre parler de maisons de santé.* Les pensions bourgeoises contiennent une très forte proportion de déments et d'idiots. Les couvents en sont également remplis. Bien des départements manquent d'asiles. Enfin un bon nombre d'aliénés sont guéris chez eux par un traitement médical intelligent. Cette année la misère des temps a fait garder chez soi un nombre considérable d'aliénés.

Quant à l'accroissement des aliénés, il paraît résulter de l'état actuel de la société, mais pour avoir les éléments de la question, il aurait fallu posséder des statistiques avant 89, et les comparer avec celles qu'on donne maintenant; or, c'est ce qui manque complétement. Certes, si l'on compare les relevés de ces dix dernières années, les différences sont peu sensibles, et cependant elles ont été constatées plusieurs fois. Mais ce n'est point ainsi que doit être posée la question. En France, en Hollande et surtout en Angleterre, les progrès de la civilisation ont peu varié depuis cinquante ans, seulement elle s'est successivement montrée sous des faces nouvelles. Ainsi quand le nombre des fous n'aurait point augmenté d'une manière sensible pendant ce laps de temps, il n'y aurait rien d'étonnant. Mais pour résoudre affirmativement cette question, il faudrait examiner l'état de la civilisation aux premiers siècles du Christianisme, pendant le moyen âge, sous le règne de Louis XIV, et depuis cinquante ans; avoir les tableaux statistiques de la population, du nombre des fous à chacune de ces époques, on réunirait alors les éléments de la question. Nous ne possédons rien de semblable, et ce n'est que depuis quelques années qu'on a commencé à faire des relevés exacts; encore leur nombre est-il très limité. On peut cependant consulter à ce sujet les comptes rendus de M. Desportes. (*Rapport sur le service des aliénés*, Paris 1823); les tableaux de M. Guislain (*ouvrage cité*); l'essai de M. Trompeo, 1833 (*Saggio sul regio manicomio di Torino*, 1829, et l'excellente notice de M. Bonacossa, Turin, 1836). Enfin le rapport des commissaires de Londres (*ouvrage cité*). Nous n'ajouterons plus qu'une remarque empruntée à l'histoire de l'ancienne Rome. Tant que ses habitants vécurent sobrement, la profession médicale fut inconnue parmi eux; dès que les dépouilles de l'Asie les eurent enrichis et corrompus, les maladies qui les assaillirent de toutes parts, les forcèrent d'appeler parmi eux les médecins qui ne tardèrent pas à devenir très nombreux. M. Dubois, d'Amiens, ne croit point à l'accroissement des fous. Il pense qu'il y avait autrefois plus d'idiots, et que cette variété de la folie a diminué, tandis que le nombre des démences a augmenté; selon ce médecin distingué, les autres formes de la folie ne sont pas plus communes que dans les temps anciens; ainsi, par exemple, les monomanies d'une époque sont remplacées par celles d'une autre, suivant les temps. Les faits que nous venons de citer nous paraissent la meilleure réponse à faire aux arguments de M. Dubois. Si d'ailleurs les passions sont les causes les plus puissantes de l'aliénation, on ne saurait établir de parallèle entre des siècles où l'esprit humain avait ses devoirs tracés, ses croyances fixées, n'était agité que par quelques idées puissantes sans doute, mais très limitées et non discutées, et une époque où les sentiments sont aussi variés que les passions et où l'individualité toute-puissante s'est affranchie des liens qui la gênaient dans son essor, où l'orgueil est si général

qu'il y a autant de maîtres imaginaires et de dominateurs chimériques qu'il y a d'individus dans l'État. L'encombrement des hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre qui sont obligés de verser plusieurs fois par année leur trop plein dans les asiles départementaux, montre assez ce qu'il faut penser de l'état stationnaire des aliénés.

Symptômes. — Au premier abord, il paraît extrêmement difficile d'embrasser tous les phénomènes propres à la folie, mais si l'on porte dans ce dédale le double flambeau de l'analyse et de la synthèse, on s'aperçoit bientôt que ces symptômes si multipliés peuvent se ranger sous quatre grands chefs : désordres de l'intelligence, de la sensibilité, de la motilité et de la vie organique.

I. ***Désordres de l'intelligence. Caractères généraux.*** Sous l'influence de la prédisposition, et par suite d'une des causes que nous avons énumérées, il se manifeste un changement dans l'individu. Il devient brusque, emporté, inégal; le moindre sujet le mécontente, l'irrite. Il témoigne encore de la bienveillance à ses proches, à ses amis; mais si on l'examine attentivement, on le trouve froid, contraint; il sent que sa raison est vacillante, et cette observation le rend ombrageux, défiant; il triomphe cependant de sa chimère, et lui seul connaît ce qu'il souffre; mais à force de lutter péniblement contre son mal, son énergie s'use, ses sentiments s'altèrent et le délire éclate.

Il en est d'autres qui naguère calmes, économes, tranquilles, raisonnant bien, deviennent turbulents, prodigues, brouillons, faibles d'esprit, bavards, et qui, à l'occasion d'une cause, en apparence primitive, perdent la raison. Les parents vous affirment que le dérangement mental est récent, mais, en se faisant rendre un compte exact de l'état antérieur du malade, de ses habitudes, on reconnaît que le mal est déjà ancien, et que la cause à laquelle on l'attribue, n'a fait que hâter l'explosion; c'est cette période de la folie souvent négligée, et pourtant si importante, que les auteurs ont nommée *incubation*.

Plusieurs ont même eu, toute leur vie, quelque chose de particulier dans leur manière d'être, qui n'aurait point trompé un œil exercé. Ils se sont fait remarquer par des travers dans l'esprit, un manque d'aptitude à l'étude des sciences exactes, un goût désordonné pour les arts d'agrément et les productions de l'imagination, des idées originales, une conduite singulière, une activité passagère dans l'intelligence, et des traits d'esprit qui contrastent avec un état habituel de nullité et de monotonie, par une légèreté dans les pensées, une faiblesse dans les jugements, un défaut de liaison dans les raisonnements. Ceux-ci sont présomptueux, veulent tout entreprendre, et ne peuvent s'appliquer à rien, ou mener à bout aucune entreprise, ils commencent quatre ou cinq choses et les laissent à moitié route; ceux-là sont exagérés et mobiles à l'extrême dans leurs opinions et leurs sentiments; beaucoup sont susceptibles, irritables, colères et emportés. Quelques uns sont dominés par un orgueil et un amour-propre sans bornes; il en est qui sont sujets à des inquiétudes vagues, à des terreurs paniques (Georget).

La période d'incubation dure plusieurs jours, des semaines, des mois, beaucoup plus longtemps; Pinel cite un fait de quinze ans; elles peut disparaître, revenir; enfin le délire se montre plus souvent la nuit que le jour; *c'est la période d'invasion.* Il est des cas où la folie éclate tout à coup chez des individus qui ont joui jusqu'à ce moment de la plénitude de leurs facultés intellectuelles. Un grand chagrin, une révolution politique, un renversement de fortune rompent l'équilibre des forces de l'esprit; mais ces exemples sont plus rares, et l'aliénation se manifeste de préférence chez ceux qui y sont prédisposés.

L'intelligence peut être troublée à un degré si faible, qu'il soit très difficile de décider si les phénomènes que l'on observe doivent être rapportés à un état morbide: M. Lélut a fort bien décrit cet état, qui n'est plus la raison, qui n'est pas encore la folie. « Il y a, dit-il, une irritabilité extrême, une sensibilité excessive; ce sont des appétits, des goûts, des désirs bizarres et exclusifs; des passions mauvaises, désordonnées, un entraînement, une irrésistibilité dans les actes. A ces signes se joignent un manque d'attention qui donne lieu à la distraction, à une apparence d'insensibilité, à une associa-

tion vicieuse des idées et du sentiment, qui produit des singularités, des disparates, de l'incohérence dans les discours, ou bien une association trop rapide de ces actes intellectuels, qui occasionne dans le langage, de la confusion et des ellipses inintelligibles. » (*Recherches des analogies de la folie et de la raison*, Paris, 1833, p. 324.)

Le délire, une fois déclaré, on observe des phénomènes aussi multipliés que les combinaisons possibles de la pensée, aussi nombreux que les préjugés, les penchants, les passions; aussi diversifiés que l'éducation. L'attention est généralement pervertie; elle se concentre avec ténacité, sur quelques points, et rien ne peut l'en détourner, ou bien elle ne peut être fixée tant les sensations, les idées sont rapides, mobiles ou faibles; des erreurs dans les rapports, les comparaisons, les jugements sont nécessairement les résultats de ces défauts de l'attention. La mémoire offre aussi des particularités remarquables; celle des choses présentes se fait souvent mal; tandis que presque tous les aliénés conservent le souvenir des choses passées; elle peut se perdre pour les événements antérieurs à la maladie, et pour les personnes avec lesquelles l'aliéné vivait. Quelquefois elle s'arrête au moment même où se développe la folie; Bergman a rapporté l'observation d'un vieillard, âgé de quatre-vingt-dix ans, devenu fou à dix-huit ans, et qui croyait toujours n'avoir que cet âge. Bon nombre d'aliénés ont la mémoire de ce qui s'est passé dans leur maladie, et se souviennent très bien des bons procédés, des menaces et des châtiments. Aussi le médecin doit-il être ferme, mais juste à leur égard. Une méthode dont M. Brierre de Boismont n'a eu qu'à se louer, consiste à leur parler comme à des personnes raisonnables.

Quelques uns ne conservent aucun souvenir de cette période, surtout lorsqu'il y a eu un état aigu. Un maniaque guéri par les bains prolongés et les irrigations continues, examiné par M. Rayer, lui répondit: « Je sais qu'on me mettait dans l'eau pendant fort longtemps, mais toutes mes sensations se bornent à me rappeler que d'abord il faisait sombre, puis plus clair, et que l'obscurité reparaissait de nouveau, ensuite je ne me rappelle plus rien. C'étaient les trois teintes de la nuit, du jour et du soir. »

Quelquefois la vue des objets qui causèrent la folie peut les faire renaître; on lit dans l'ouvrage du professeur Friedreich de Wurtzbourg, un fait fort intéressant emprunté au *Magasin* de Moritz. Un jeune homme que des études théologiques opiniâtres avaient plongé dans une mélancolie profonde, est conduit dans une maison de fous. Pendant sa convalescence, on le change d'établissement. A l'arrivée de son père, une fête est donnée pour célébrer sa guérison; en sortant de table, on va se promener dans le jardin; malheureusement il avait vue sur la maison d'aliénés. Pendant quelques instants, le jeune homme reste anéanti. En vain on veut l'éloigner, il est trop tard. En un instant, il se rappelle avec une inévitable lucidité tout ce qui lui est arrivé, et demande d'une voix si effrayante à revoir sa cellule, qu'on cède à ses désirs. A peine y est-il entré, qu'il s'écrie: « Voilà donc le tombeau où j'ai été torturé, privé d'aliments, couché sur la paille. Père barbare, tu as voulu ma mort; eh bien, ton fils va se venger, et s'emparant à l'improviste d'un vase de plomb, il brise la tête de son malheureux père. »

L'association des idées n'éprouve pas des altérations moins nombreuses; un aliéné voit un rideau rouge, il s'écrie aussitôt: Je suis un assassin, j'ai mis le feu pour te faire périr, la maison a été brûlée. L'exagération du principe d'association est au plus haut degré dans les menaces, les paroles, les bruits; les objets extérieurs viennent à chaque instant toucher les fibres cérébrales et donner lieu aux combinaisons les plus variées et les plus étranges.

Les raisonnements des aliénés sont souvent parfaitement déduits; le point d'où ils partent est faux, mais les conséquences qu'ils en tirent sont justes. Aussi, comme la plupart s'imaginent avoir leur bon sens, tout ce qu'on dit pour les convaincre de la fausseté de leurs idées les fait sourire de pitié ou les irrite, sans changer en aucune façon leur manière de voir. Le P. Sgambari rêve qu'il va être élu cardinal; le général de son ordre le fait venir, et par les

discours les plus sensés et les plus paternels, il cherche à le convaincre de son erreur. Pour toute réponse Sgambari lui pose ce dilemme : « Ou je suis fou, ou je ne le suis pas? Dans le premier cas, vous êtes un sot, car on ne persuade jamais un fou; dans le second, vous êtes un impertinent. » Lorsque l'aliéné connaît son erreur, les conseils ne sont guère plus heureux. « Je sens toute la justesse de votre raisonnement, me disait un jour une dame, aussi bonne mère que vertueuse épouse, mais ils m'affligent et me font mal, parce que l'idée s'est emparée de tout mon être; elle m'obsède et ne me quitte pas un seul instant, et détruit sans cesse l'impression que vos discours font sur moi. » Cette connaissance de la déraison fait le désespoir de quelques uns, et le suicide en a été, dans plusieurs cas, le triste résultat.

Les désordres de l'imagination sont curieux à étudier chez les aliénés. Il y en a qui se croient de verre ou de beurre et qui prennent toutes les précautions pour n'être pas brisés ou pour ne pas fondre. Le grammairien Arthémidore fut tellement saisi de frayeur à la vue d'un crocodile vivant que sa raison s'égara. Il avait l'idée fixe que l'animal lui avait mangé le pied et la main gauche.(*Cœlius Aurelianus*, liv. I.) Tout le monde a lu, dans la *Revue britannique*, l'histoire de ce fou qui se croyait changé en théière, et qui, pour simuler l'anse, arrondissait un de ses bras en appuyant la main sur sa hanche, et étendait l'autre bras pour figurer le goulot. Les lésions de l'imagination sont surtout sensibles dans les hallucinations et les illusions.

Les idées fausses relatives à la personnalité sont fréquentes. Il est des aliénés qui perdent la conscience de leur individualité, qui s'imaginent être morts; presque toujours alors ils ne parlent d'eux qu'à la troisième personne.

Il y a des hommes dont les idées sont si indissolublement liées aux sensations habituellement perçues par eux, qu'en l'absence de ces sensations éloignées, les idées se perdent en très peu de temps. Voici un fait ancien cité par Arétée:

« Un charpentier était un habile ouvrier; tant qu'il était chez lui, il mesurait très bien son bois, le taillait, l'aplanissait, l'assemblait parfaitement, traitait fort raisonnablement de ses ouvrages et de leur prix avec les architectes, enfin avait toute son intelligence tant qu'il était sur le lieu et dans le cercle de ses occupations ; mais s'il était sur la place publique, ou au bain, ou en quelque lieu, il soupirait d'abord profondément en déposant les instruments de son état, rapprochait ses épaules avec une sorte de frémissement, et enfin commençait à déraisonner, et même à éprouver des transports d'une agitation plus ou moins vive, lorsqu'il avait perdu de vue son atelier et ses ouvriers. S'il y retournait vivement, il revenait à lui avec la même promptitude, tant il y avait de connexion et de sorte de parenté entre l'esprit de cet homme et le lieu dans lequel il s'exerçait d'une certaine manière. »

On remarque quelquefois chez les aliénés une excitation maladive de talents, ou le développement de qualités inconnues. Il y a des fous qui montrent une finesse d'aperçu très ingénieuse, qui se distinguent par la force et l'éclat de leurs pensées, et se servent des comparaisons les plus justes. On a vu des paysans, qui pouvaient à peine lire, dont la langue semblait, pour ainsi dire, se délier. Quelques malades manifestent une aptitude particulière pour l'éloquence, la poésie, la musique, la peinture, etc. Rush a cité l'observation d'une femme, devenue folle par suite de couches, qui lui récitait, pendant ses accès, des vers de sa composition, qu'elle improvisait et qu'elle semblait écouter avec un grand plaisir. Par opposition, et ce nombre est plus considérable, il en est qui composent des vers sans talent, écrivent des manuscrits presque inintelligibles. Au lieu de cette aptitude aux talents, aux sciences, on voit souvent apparaître des goûts, des penchants plus ou moins variés. Ainsi, des aliénés sont tourmentés par l'idée de se baigner continuellement, de se jeter dans l'eau; d'autres sont poussés à voler. Un gentilhomme avait la manie de dérober des cuillers dans les cafés. Un jour qu'il s'était abandonné à sa manie, le maître de l'établissement, qui avait été prévenu, lui réclama hautement la cuiller qu'il avait prise; l'impression que le malade reçut

de cette scène publique fut si forte, qu'elle le guérit de sa folie (Esquirol). D'autres éprouvent les besoins irrésistibles de mettre le feu. Le docteur Longworthy avait, à Bath, une malade qui prenait avec ses mains des charbons ardents pour incendier des tas de paille. Le penchant au suicide est très commun dans la folie, on y observe aussi le besoin de tuer. Ces impulsions diverses portent les fous à des appétits bizarres, à des goûts obscènes, à briser, à frapper, à répéter continuellement la même chose. Nous avons connu un aliéné qui tournait, depuis des années, toutes les trois minutes, deux fois sur lui-même; un autre enfonçant, à chaque instant, un petit bâton dans la terre, croyait élever l'eau à des milliers de pieds. Certains aliénés ont l'habitude de se parler à eux-mêmes; d'autres rient sans cesse aux éclats. Il n'est pas rare de voir se manifester parmi eux de l'éloignement ou du penchant pour des personnes qu'ils n'ont jamais vues. Plusieurs de ces actes existent spécialement dans la démence. Un fait curieux est le changement de caractères, de goûts, d'habitudes après la guérison. Une autre particularité, fort digne de l'attention des psychologistes, est le retour de la raison dans un certain nombre de cas chez des aliénés qui vont mourir. M. Brierre de Boismont a cité le fait d'un homme renfermé depuis cinquante-deux ans dans son établissement de la rue Neuve-Sainte-Geneviève, qui ne parlait plus depuis trente ans; quand on l'interrogeait avec persévérance, il faisait entendre un grognement et s'enfuyait. Dans les quinze derniers jours de son existence, cet homme, qui avait perdu l'habitude de sa langue, et dont les idées étaient très circonscrites, répondait très bien par oui et non aux questions qu'on lui adressait.

Tous les médecins adonnés à l'étude des maladies mentales ont observé des aliénés dont la folie est surtout dans les actes, c'est celle que nous désignons dans nos établissements par le nom de folie d'action. On voit par là l'erreur de ceux qui prétendent que les actes des aliénés sont constamment conséquents et en rapport avec une conception délirante dont ils étaient le résultat. Plusieurs aliénés font des actes d'une manière automatique; d'autres marchent, chantent, dansent, écrivent sans pouvoir s'en abstenir. Quelques uns commettent sciemment, volontairement, les actes qui dénotent leur état morbide, mais la volonté chez eux n'est motivée par aucune conception délirante, c'est une sorte de délire instinctif. Certaines actions des aliénés, dit M. Guislain (*Traité de phrénopathie*, p. 324), se rattachent à un influx morbide de la volonté; indépendant de la volonté, elles sont imitatives: un malade ne met de souliers que lorsqu'on lui en présente deux impairs; un autre ne passe le bras que dans une manche de son habit; celui-ci épluche tout; celui-là lacère tout ce qui lui tombe sous la main, sans aigreur ni violence; un sixième des aliénés est porté à se déshabiller.

Un symptôme fort ordinaire chez les aliénés est la perversion des affections. En général ils éprouvent de l'indifférence, de l'éloignement, de l'antipathie, de la haine même pour des personnes qui leur étaient chères, ou bien, s'ils continuent à les aimer, ils ne les écoutent plus. On peut dire, en général, que la perversion des affections est le plus haut degré de la folie, et leur retour le signal d'une guérison prochaine. Il ne faut pas trop généraliser, car nous avons vu des fous qui aimaient et chérissaient leurs proches.

Les fous sont défiants, entêtés, opiniâtres; quelquefois malicieux, méchants, calomniateurs. Un de ces malades a suscité des embarras dans toutes les maisons où il a été reçu; il faut l'avoir entendu pour se figurer à quel excès les mauvais penchants de notre nature peuvent conduire. Le surnom de fou calomniateur qu'on lui avait donné au palais peint l'énergie de son idée. Certains aliénés sont actifs ou apathiques, sans qu'ils puissent résister à l'impulsion qui les porte à agir ou à rester dans la plus complète inaction. L'égoïsme est leur caractère distinctif. Ils sont indifférents l'un à l'autre. Nous avons cependant observé des folles qui ne se quittaient jamais. L'une d'elles était un véritable modèle d'attachement; lorsque son amie était souffrante, elle la veillait comme sa propre fille et lui donnait tout ce dont elle avait besoin. Pendant sa dernière maladie, elle passa huit nuits auprès d'elle; le lendemain de sa mort, elle l'avait ou-

bliée ; et depuis elle n'en a plus parlé. Les fous ont le sentiment du juste et de l'injuste, et témoignent quelquefois de la reconnaissance à ceux qui les ont soignés ; beaucoup néanmoins sont ingrats, ce qui nous paraît surtout dépendre du chagrin et de la honte que leur cause le souvenir d'avoir été malades. Ajoutons que beaucoup de ces malades ne sont qu'imparfaitement guéris. Toutes les passions s'observent chez eux comme dans la société. Un aliéné, furieux de ce que la fille du chef de l'établissement lui avait refusé une légère grâce, concentra sa colère pendant quelque temps ; puis, au moment où elle passait devant lui, il la tua avec un morceau de fer qu'il avait récemment aiguisé. Les désirs vénériens sont très fréquents chez les femmes : elles tiennent alors des propos obscènes, se livrent à des gestes indécents, se découvrent les parties, se dépouillent de leurs vêtements ; le plus grand nombre conservent la retenue ordinaire à leur sexe, mais elles n'en sont pas moins disposées à s'abandonner à tous les écarts ; aussi cette disposition exige-t-elle une extrême surveillance.

II. *Désordres de la sensibilité.*— Ils sont de deux espèces : ou ils se rapportent aux sensations spéciales, ou à la sensibilité générale. Dans le premier cas, les fonctions des sens sont perverties, les malades croient voir des êtres fantastiques, entendre des voix imaginaires ; ce phénomène, un des plus extraordinaires des maladies mentales, constitue l'*hallucination* (point d'objet extérieur) et l'*illusion* (il existe un objet extérieur, mais il change de forme aux yeux de l'aliéné). Une distinction d'une haute importance, et sur laquelle M Brierre de Boismont a vivement insisté dans son *Histoire des hallucinations*, est celle qui sépare les *hallucinations physiologiques des hallucinations pathologiques*. Les premières existent dans les rêves, chez les enfants, chez les hommes fortement préoccupés d'une idée, d'une création quelconque. L'influence des croyances, la puissance de l'enthousiasme leur sont éminemment favorables, aussi ont-elles été fort communes à l'époque où ces deux grands mobiles étaient dans toute leur force. Rejeter l'existence des hallucinations physiologiques, c'est proclamer la folie de Moïse, de Socrate, de Platon, de Luther, de Jeanne d'Arc, de Loyola, et de beaucoup de personnages célèbres, c'est donner cette maladie pour base à tout ce qui a été fait de grand dans le monde. Dussions-nous mille fois nous tromper, nous combattrons énergiquement pour la doctrine qui considère la folie comme l'exception, le bon sens comme la règle.

Les hallucinations pathologiques existent chez un grand nombre d'aliénés ; les malades voient des figures étranges, entendent des bruits singuliers, palpent, sentent, odorent des choses qui n'existent que dans leur imagination ; celles de l'ouïe sont regardées comme les plus communes par les auteurs. Les hallucinations sont souvent la cause de ces actes insolites, bizarres, dangereux, auxquels les aliénés s'abandonnent ; plus d'une fois le suicide et le meurtre ont été le résultat des ces erreurs des sens. Ravaillac, qui assassina le meilleur des rois, sentait des *puanteurs de feu et de soufre* s'exhaler de ses pieds ; il voyait des corps voltiger sur sa figure, des hosties voler dans l'air et venir se placer des deux côtés de son visage ; il lui semblait aussi que sa voix résonnait comme une trompette. Un jour il crut apercevoir une tête de mort sur une statue ; ayant prié un peintre de la dessiner, il la retrouva chez lui ; dès lors il fut persuadé qu'Henri IV était damné et qu'il fallait le faire périr. (Bazin, *Histoire du règne de Louis XIII.*) Il peut y avoir des hallucinations d'un seul sens, de plusieurs, de tous. On lit dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXXIV, art. INCUBE, le fait très curieux d'une hallucination qui eut lieu chez huit cents soldats français, en Calabre, à deux reprises différentes.

Les hallucinations compliquent très fréquemment la folie qu'elles précèdent ou suivent.

Les illusions ont de nombreux points de contact avec les hallucinations, mais elles en diffèrent en ce que les premières ont toujours pour base un objet sensible, tandis que les secondes se manifestent en l'absence de tout corps extérieur. Les illusions s'observent fréquemment dans l'état sain, mais elles sont facilement corrigées par le raisonnement. Il serait inutile de rappeler les exemples, tant de fois cités, de la tour carrée qui paraît ronde, du rivage qui semble fuir ; ces faits sont depuis long-

temps convenablement appréciés; mais il est des illusions dont la véritable cause n'a été connue que très tard par les progrès de la science; tels sont, le géant du Brocken, la fée Morgane, le mirage. Les illusions peuvent affecter tous les sens; celles de la vue et de l'ouïe se sont plusieurs fois montrées sous la forme épidémique. Une des principales est celle qui transformait les nuages en armée, en figures de toute espèce. Les croyances religieuses, les phénomènes d'optique, les lois physiques alors inconnues, les fièvres graves, pestilentielles, le dérangement du cerveau, en donnent une explication très naturelle. Les illusions sont très communes chez les aliénés. La transformation des figures et des choses est une forme très ordinaire. Madame M*** croit voir son frère, mort depuis de longues années, dans la figure de plusieurs malades. Il est des aliénés qui ramassent avec soin le sable, les petits cailloux, convaincus que ce sont des pierres précieuses. Ils en remplissent leurs poches, leurs habits. Les illusions peuvent aussi affecter un, plusieurs, tous les sens. Sous le nom d'*hallucination de la sensibilité*, quelques auteurs comprennent les phénomènes qu'on a appelés *hallucinations internes ou des organes intérieurs*, mais la définition que nous avons donnée prouve que ces hallucinations sont de véritables *illusions internes*, *ganglionnaires*. A cette section appartiennent les individus qui sentent les insectes leur courir dans le cerveau, des armées se battre dans leur ventre, etc. M. Rayer avait cette année dans son service un monomane hypochondriaque, qui croyait sentir les mouvements alternatifs d'un grand ver et d'un petit ver qui montaient et redescendaient le long de son œsophage et dont il a décrit l'apparition et les évolutions dans un long mémoire.

La sensibilité générale peut être exaltée, pervertie, abolie. On a pu voir dans l'asile de Saint-Yon, un ancien soldat appelé Lambert; cet homme se croyait mort depuis la bataille d'Austerlitz. Quand il parlait de lui, il disait: « Cette machine qu'on a cru faire à ma ressemblance est très mal faite. » Voulait-il se désigner, il se servait du mot *cela;* chez lui la sensibilité générale était éteinte; on pouvait le pincer, le piquer, sans qu'il s'en aperçût. Dans tous les cas, disent les auteurs du *Compendium*, la perte de la sensibilité n'est ni réelle ni permanente, elle cesse avec le paroxysme; quelquefois même l'exagération succède à l'immobilité. Il faut cependant faire exception pour la paralysie générale et pour d'autres cas encore. On a prétendu que les fous résistaient à tous les extrêmes de température; il y en a, il est vrai, qui supportent très bien l'action du froid, mais on peut dire que c'est le petit nombre. Qu'on entre en hiver dans les dortoirs, dans les salles de conversation, on les verra se presser autour des poêles, des cheminées, et manifester le plaisir que leur cause la chaleur. D'ailleurs, ils éprouvent tous les effets du refroidissement, comme diarrhées, coliques, rhumes, etc. Le canal intestinal est souvent insensible à l'action des médicaments. Mutzel a rapporté l'observation d'un aliéné qui ne vomissait qu'après avoir pris dix-sept grains d'émétique. Cette remarque n'est point aussi générale qu'on l'a dit. Presque tous les malades traités par M. Brierre ne prennent le calomel et l'émétique qu'à petites doses, répétées plusieurs jours de suite, et cette médication est suivie de bons résultats. D'autres lésions de la sensibilité s'observent assez souvent chez les fous. On en voit qui se déchirent les chairs sans témoigner de douleur. Burrows raconte qu'un aliéné mit ses pieds dans un feu violent qu'il entretenait avec les feuillets d'un livre. Un autre but d'un trait un verre d'eau bouillante, et aucun d'eux ne parut souffrir. Quelques uns mangent leurs excréments, avalent de la paille, de l'herbe, etc. Il en est qui s'exposent nus à l'ardeur du soleil, ou qui le regardent fixement pendant longtemps et lisent immédiatement. Une dame se croyait la femme du soleil; toutes les fois que cet astre se levait brillant et majestueux, elle manifestait sa joie par des révérences sans nombre. Elle le regardait des heures entières, sans que ses yeux en fussent éblouis; lorsqu'il était caché par les nuages; elle devenait triste et s'enfermait dans sa chambre. La plupart des aliénés aiment passionnément le tabac, et ils demandent de l'argent pour en acheter; mais cela se remarque surtout dans les hôpitaux, car ceux qui appartiennent aux

classes bien élevées, conservent, en général, leur vernis d'éducation.

III. *Désordres de la motilité.* — Cette fonction peut être exaltée, pervertie, affaiblie. Les mouvements acquièrent quelquefois une vigueur extrême, mais conservent leur régularité. Les malades marchent à grands pas, ne cessent de gesticuler, brisent tout ce qui leur tombe sous la main. Les mouvements peuvent être irréguliers, désordonnés, indépendants de la volonté. Tous les muscles peuvent être en mouvement, passer de la rotation à l'extension, de la flexion au roidissement. Cette agitation peut être générale, partielle, continue, spasmodique. Quelquefois le système musculaire est agité de mouvements spasmodiques violents, non accompagnés de perte de connaissance, consistant en des flexions et des extensions alternatives violentes de la tête, des membres. Ces secousses durent une ou plusieurs heures : elles ont des intervalles plus ou moins longs, sont quelquefois périodiques et affectent le type tierce. Quelquefois, pendant les paroxysmes de l'aliénation, les muscles de la face, ceux d'un bras, d'une jambe sont agités de mouvements convulsifs. Ces désordres sont toujours locaux ; ils ressemblent davantage aux convulsions névralgiques. La contraction s'observe assez fréquemment ; un ou plusieurs membres, la tête elle-même sont le siége de flexions permanentes spasmodiques. D'autres fois, la contraction, au lieu d'occuper les fléchisseurs, porte sur les extenseurs, les parties au lieu d'être fléchies sont fortement étendues. Ces différents phénomènes peuvent se trouver réunis sur le même individu.

Quelques aliénés sont atteints d'attaques convulsives qui se manifestent par une perte subite de connaissance et des tremblements généraux ou partiels du corps. Les attaques épileptiformes s'observent assez fréquemment chez ces malades ; dans ce cas, ils tombent tout à coup, perdent complétement connaissance, et sont pris de secousses convulsives du tronc, de la tête et des membres. Ces secousses consistent en une alternation de flexions et d'extensions convulsives, courtes, fortes et saccadées. Cet état peut durer quelques minutes, se prolonger plus longtemps, être suivi d'un état comateux. On peut consulter sur ce sujet le mémoire publié par M. Brierre dans les *Archives générales de médecine* (1829, XIX, p. 209). La plupart de ces phénomènes s'observent chez les individus frappés de paralysie générale ; cette altération du mouvement est surtout celle qui doit fixer l'attention. Les auteurs qui ont écrit sur cette singulière maladie, MM. Bayle, Calmeil, Parchappe, avaient pensé qu'elle formait une aliénation spéciale. MM. Prus, Sandras, Baillarger, ont annoncé qu'elle pouvait exister sans aliénation mentale. C'est un fait que M. Brierre de Boismont a reconnu, dans une note insérée le 2 octobre 1847 dans la *Gazette médicale*, mais il est convaincu que ces auteurs ont été trop loin, et que la réunion de la démence avec la paralysie constitue une maladie qui n'a aucune ressemblance avec la paralysie sans aliénation ; l'exemple de la gastrite ne devrait être perdu pour personne. Quoi qu'il en soit de cette opinion sur laquelle nous reviendrons lorsque nous ferons l'histoire de la paralysie générale, nous dirons que cette maladie est, en général, caractérisée par les changements dans les caractères, les habitudes, une perversion dans les goûts, les penchants qui souvent passent inaperçus ou sont considérés par les familles comme des écarts qu'elles dérobent à tous les yeux. L'embarras de la langue est le premier symptôme qui frappe les observateurs ; il peut consister dans une difficulté à articuler certaines lettres, dans une simple hésitation, dans un véritable bégaiement. A mesure que la maladie fait des progrès, les jambes s'embarrassent, les membres supérieurs conservent plus longtemps leur action ; mais ils finissent aussi par n'exécuter qu'incomplétement leurs mouvements. En même temps la mémoire s'affaiblit, et au milieu des idées plus ou moins incohérentes qui accompagnent ce désordre, une idée d'orgueil prédomine, contraste douloureux et bien digne des méditations du philosophe, ce malheureux qui peut à peine se soutenir, qui laisse échapper les objets les plus légers, bégaie des phrases sans liaison, et bientôt ne pourra plus retenir ses excréments, ne cesse de parler de sa fortune, de sa noblesse, de sa puissance, de sa force, de ses talents. Ce mirage de l'or,

après lequel il courait en vain, est enfin atteint; il est riche, content et fait des heureux. La paralysie qui frappe les hommes dans la force de l'âge, a une durée, en général courte; elle se termine par l'extinction totale des forces, par l'abrutissement le plus complet et la mort sur un fumier.

IV. *Désordres de la vie organique.* — Le dérangement des fonctions digestives, circulatoires, respiratoires, l'état de la peau, de l'utérus et des organes génitaux doivent être examinés avec soin. En général, surtout à l'instant des accès, les aliénés éprouvent de la soif, du dégoût pour les aliments, ou bien un appétit vorace; la langue est blanche ou légèrement jaunâtre, quelquefois brune. Ils se plaignent de douleurs, de chaleur à l'épigastre, dans le bas-ventre; le plus ordinairement ils sont tourmentés par une constipation opiniâtre; quelques uns ont des déjections involontaires; ces symptômes diminuent ou cessent souvent avec les accès; la respiration, ordinairement normale, peut être troublée.

Beaucoup de discussions se sont élevées sur l'état du pouls; d'après les recherches de MM. Leuret et Mitivié, les genres de folie, classés d'après la fréquence du pouls, se rangeraient ainsi : hallucinations avec ou sans complication de monomanie ou de manie; manie, monomanie, démence. M. Foville calcule la moyenne proportionnelle à 84 pulsations. Le pouls des aliénés est généralement fréquent au début de la maladie, pendant l'accès et souvent durant les paroxysmes. Celui des carotides a été trouvé plusieurs fois dur, ce qui s'observe aussi pour le pouls des maniaques; car, chez les mélancoliques, il est le plus ordinairement petit, concentré et même lent. Cox, Bird, Burrows, ont vu la radiale battre 90 fois par minute, et la carotide 115,120 fois. La plupart des aliénés ont aussi des altérations remarquables dans les battements du cœur. Esquirol avait dit que la fièvre existait au début de toutes les aliénations mentales.

Au commencement de la maladie, les aliénés maigrissent, leur visage a une teinte plus ou moins jaunâtre, d'autres fois il est coloré; leurs traits sont tirés, leurs yeux ont une expression particulière; lorsqu'elle dure longtemps, la nutrition se rétablit ordinairement, le sujet reprend de l'embonpoint, quoique le désordre d'esprit continue. C'est une remarque assez générale que le retour de la graisse, sans amélioration de l'intelligence, est un signe d'incurabilité. Les règles sont très souvent supprimées. Cette aménorrhée peut persister pendant toute la durée de la maladie. Leur retour coincide fort souvent avec la convalescence; chez quelques personnes cependant, l'aménorrhée continue plusieurs mois après la guérison. Lorsque la maladie est devenue chronique, il n'est pas rare de voir les règles se montrer de nouveau (Brierre de Boismont : *De la menstruation dans ses rapports physiologiques, pathologiques et thérapeutiques*, p. 64, Paris, 1842). Plusieurs aliénés ont une salivation continuelle. Diverses affections de la poitrine et du ventre, certaines névralgies peuvent compliquer la folie et lui imprimer une marche intermittente. Madame B..., atteinte d'un phthisie pulmonaire, devint aliénée. Pendant plusieurs années elle présenta une suspension complète de la maladie de poitrine; le désordre mental ayant cessé, la phthisie fit des progrès; l'aliénation reparut, et la phthisie fut de nouveau arrêtée. Quelques mois avant la mort, madame B... recouvra ses facultés intellectuelles; dès lors la phthisie marcha avec une rapidité effrayante jusqu'à la terminaison fatale. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de faire cette remarque.

L'insomnie est un phénomène fort commun dans la folie, surtout lorsque l'affection est récente; elle existe aussi dans la plupart des aliénations qui ont conservé de l'acuité et dans les accès; on ne peut se faire une idée de la persistance de l'insomnie dans la folie. Nous avons eu pendant plusieurs années une demoiselle maniaque qui reposait à peine une heure par nuit; elle marchait sans cesse, et dormait souvent en faisant sa promenade. Quelquefois c'est, au contraire, un besoin continuel de dormir. Le sentiment de la faim et de la soif est très vif chef les aliénés, et la privation des aliments a pour eux de fâcheuses conséquences. Le penchant à l'amour est aussi très développé parmi eux, et cette raison exige une sé-

paration complète entre les deux sexes, surtout lorsque les signes de cette excitation se manifestent sans retenue. Les imbéciles, les idiots, les crétins sont souvent réduits aux deux seuls instincts de la faim et du besoin sensuel. Ils se livrent avec fureur à la masturbation.

Pendant leurs accès, les fous, et surtout les maniaques, déploient une force prodigieuse. Les signes fournis par l'habitude extérieure du corps ne sont pas sans intérêt. Chez la plupart des aliénés, l'expression de la physionomie est en rapport avec la nature des passions dominantes. Halam et Crowther ont signalé un relâchement de la peau du crâne, remarquable au front, et donnant lieu à des rides considérables. Suivant Crowther, ce signe serait d'un mauvais augure. La peau est chaude, sèche ou humide, c'est surtout au front que la chaleur est plus marquée; elle coincide avec le froid des extrémités inférieures. Les aliénés exhalent une odeur particulière, qui est très prononcée dans certains cas, et surtout lorsque la maladie est ancienne; elle s'attache aux vêtements, aux lits, aux meubles, et s'imprègne si fortement dans tout l'appartement, que, suivant la remarque de Miling, elle peut encore être perçue longtemps après le départ du malade. Burrows, dont nous partageons entièrement l'opinion, la regarde comme si caractéristique, qu'il dit que s'il la sentait dans une personne, il n'hésiterait pas à la déclarer aliénée, quand même il n'aurait pas d'autres preuves. Plusieurs écrivains l'ont attribuée, il est vrai, aux évacuations involontaires d'urine et d'excréments, mais la réponse à cette objection nous paraît péremptoire : elle existe chez des malades qui ne gâtent pas, et ne ressemble point à celle qui est produite dans les autres maladies par la sortie des déjections involontaires. La position, les différentes attitudes et les mouvements des fous ne sont pas non plus sans intérêt pour le diagnostic des maladies intercurrentes, puisqu'ils indiquent souvent le siége de la douleur ou du mal, lorsque les aliénés, qui, sous ce rapport, ont beaucoup de ressemblance avec les enfants, ne se plaignent pas. Les deux symptômes qui, dans ce cas, nous ont été le plus constamment utiles, sont l'altération des traits et le défaut d'appétit. On a encore cherché, dans la coloration des cheveux et des yeux, des renseignements sur le genre de folie, mais ce signe n'a rien appris de particulier. Friedreich attribue quelque importance à la longueur ou à la briéveté du cou; c'est un fait à examiner.

Un grand nombre d'aliénés se plaignent de céphalalgie; la raucité de la voix, l'aphonie sont assez communes parmi eux. Ce symptôme dépend souvent de l'agitation, mais il se manifeste aussi dans le cours de la paralysie générale. Plusieurs aliénés ont une altération particulière de l'oreille qui consiste en une sorte de tumeur sanguine (Ferrus et Belhomme, *Ann. médico-physiolog.*, t. I). La conque de l'oreille est souvent d'un rouge intense; cette rougeur se manifeste aussi dans la conjonctive.

Caractères spéciaux. — Dans l'exposé que nous venons de tracer, nous avons passé en revue, le plus fidèlement possible, les désordres généraux de l'intelligence; nous allons dire quelques mots des caractères spéciaux, en renvoyant à chaque espèce de délire pour une description plus complète.

Le désordre de l'esprit peut se montrer avec les caractères des inflammations cérébrales; il y a mouvement fébrile, chaleur, perte complète de la raison, souvent refus opiniâtre des boissons, cris, agitation extrême, signes ataxiques, maniaques. Cette maladie a reçu le nom de *délire aigu*, et a été considérée par quelques médecins comme l'état aigu de la folie: M. Pidoux, dans le *Journal de médecine et de chirurgie*, a surtout soutenu cette opinion avec son talent habituel. (Brierre de Boismont, *Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés*, dans *Mém. de l'Académ. de médec.*, t. XIII, Paris, 1845.) On peut considérer le délire aigu comme le lien intermédiaire entre la méningite, la méningo-céphalite et la manie aiguë.

Conceptions délirantes, extravagantes, idées bizarres, rapprochements singuliers, opinions ridicules; jugements faux par les principes, presque décousus; succession rapide et plus ou moins incohérente d'idées, de jugements, de raisonnements; mobilité extrême, emportements de fureur,

hallucinations et visions de toute espèce, tels sont les caractères principaux de la *manie*.

Au lieu de cette rapidité d'idées, d'images, de cette incoercibilité de l'attention, la pensée se fixe exclusivement sur une idée ou sur certaine série d'idées, un certain nombre d'objets, ordinairement relatifs aux facultés morales et affectives ; l'intelligence semble intacte dans les autres rapports ; c'est la *monomanie* d'Esquirol, la *monopathie* de Guislain. Mais ce délire n'est presque jamais aussi circonscrit que l'ont prétendu ces auteurs, et surtout le premier ; la vraie monomanie est très rare. MM. Lélut, Leuret et Foville la rejettent. Voici un exemple qui prouve, pour la millième fois, qu'il ne faut jamais poser de règles absolues. Un ancien fonctionnaire public, fort instruit et d'un excellent jugement, croit qu'il a commis une action indélicate et qu'il est perdu. Il passe ses journées dans la famille de M. Brierre, on l'observe donc constamment. Ses conversations sont celles d'un homme plein de sens et de jugement ; il lit beaucoup, se tient au courant de toutes les nouvelles, corrige les devoirs des enfants, fait tous les jours sa partie. Sa conduite est telle que plusieurs fois nous l'avons cru radicalement guéri. Si on le serre un peu de près, il avoue qu'il a toujours son idée, il en rit, en fait même bon marché ; mais elle le désespère tellement par moment qu'il a plusieurs fois dit qu'il se détruirait lorsqu'il aurait quitté l'établissement. Il est impossible de constater aucun autre désordre, et plus d'une fois le directeur a été surpris de l'adresse et de la force de ses arguments pour détromper certains fous de leurs idées fausses.

La série d'idées qui occupe le malade peut être triste ou gaie. Celles qu'on retrouve le plus ordinairement dans ces délires partiels, sont les idées relatives à l'ambition, aux richesses, à la vanité, aux chagrins, à l'amour, à la religion, etc.; de là les monomanies *ambitieuse*, *orgueilleuse*, *joyeuse*, *triste* (*lypémanie*, *mélancolie*, *misanthropie*); les monomanies *suicide*, *religieuse* (*théomonomanie*, *démonomanie*). Les auteurs du *Compendium* rattachent à la démonomanie la sorcellerie et la *zoanthropie* (changement en animaux), qui comprend la *lycanthropie* (changement en loup) et la *cynanthropie* (changement en chien). A ces délires viennent s'ajouter la monomanie *narcisse* (amour de soi) l'*érotomanie*, la *nymphomanie* (amour d'une personne, désirs vénériens), la *kleptomanie* (manie du vol), la *pyromanie* (manie incendiaire), la monomanie *homicide*, la monomanie *raisonnante*, etc.

Après un temps plus ou moins long, on voit succéder à la manie et à la monomanie un affaiblissement des facultés intellectuelles, c'est la *démence*. Cet état peut se manifester très promptement. M. Brierre l'a observé, sous la forme aiguë et primitive, chez deux vieilles femmes, dont l'une guérit très bien, et dont l'autre guérit également, mais en conservant des singularités. A mesure que la maladie fait des progrès, la mémoire se perd de plus en plus; les individus s'arrêtent au milieu d'une phrase, d'un mot, ils ont complétement perdu le fil de leur discours. Ce sont de grands enfants, crédules, inattentifs, colères, gourmands. Presque tous les déments ont des tics. Au début, on observe de nombreuses différences, et il est quelquefois difficile de reconnaître le genre d'aliénation. Il y a quelque chose qui n'est pas la raison, mais on ne peut mettre le doigt sur un trait caractéristique. Peu à peu toutes les facultés se perdent, les mots sont inarticulés, et le sentiment de la conservation est même oublié. Nous verrons qu'il y a des exceptions nombreuses à cet état.

La démence est fréquemment compliquée de paralysie, c'est la *folie paralytique* (*paralysie générale des aliénés*). Elle se montre aussi avec les hallucinations, les illusions, mais beaucoup moins souvent que la manie et la monomanie. Il a déjà été question de ces deux complications.

Enfin l'intelligence peut ne s'être manifestée que d'une manière incomplète, ne s'être jamais révélée ; c'est l'*idiotie*, qu'on a divisée en *imbécillité* dans laquelle il existe un certain nombre de facultés éducables et l'*idiotie proprement dite* qu'on a considérée jusqu'alors comme une occlusion complète des facultés. Le *crétinisme* avait été placé au-dessous de l'idiotie ; il paraît, d'après les travaux de M. Gugenbulh, qu'il y a aussi des distinctions à établir.

Marche.—La folie peut être aiguë, chronique, continue, rémittente, intermittente, périodique. La forme aiguë se montre dans les trois principales variétés de la maladie, mais surtout dans la manie; elle se déclare peu de temps après l'influence de la cause. Pendant quelques heures ou quelques jours, il y a malaise, anxiété, céphalalgie, insomnie, agitation, le délire éclate et offre la plupart des signes de l'encéphalite; il y a perte de connaissance, cris, agitation, prostration ou excitation musculaire, air égaré, turgescence des vaisseaux, langue chargée, sèche, aride, soif très grande, pouls fréquent, plus ou moins déprimé. Cet état peut être pris pour l'ivresse. On ne doit pas perdre de vue qu'il y a de nombreux points de contact entre la manie aiguë, le délire aigu et la méningo-céphalite; nous établirons les différences dans le diagnostic.

La folie chronique peut succéder à la forme aiguë, se manifester tout d'abord, après avoir toutefois été précédée de la période d'incubation. La monomanie est de toutes les formes de l'aliénation celle qui revêt le plus souvent le caractère de chronicité. Il n'est pas très rare de voir le type chronique offrir les symptômes de l'état aigu.

La folie continue a une marche régulière et trois périodes bien marquées. Cette marche n'est facile à saisir que dans les folies aiguës accidentelles, ou dans les actes de folie intermittente. On ne l'observe point dans l'imbécillité, dans les folies chroniques. M. Brierre a cependant noté dans la folie aiguë tous les symptômes d'une amélioration marquée, d'une véritable convalescence, et quelques jours après la maladie reparaissait avec toute son intensité. Cette marche insidieuse l'a plusieurs fois induit en erreur et fait annoncer une guérison qui n'avait lieu qu'après des péripéties plus ou moins variées, et qui dans quelques cas même n'arrivait pas. Le type continu s'observe dans la démence paralytique, mais il n'est pas nettement dessiné et est souvent même irrégulier. Quelquefois, dit M. Calmeil, du soir au matin, et sans qu'on sache pourquoi, la paralysie générale augmente d'une manière effrayante. Aujourd'hui le malade se promène, la faiblesse des jambes est peu sensible, on comprend le langage, tout en apercevant la confusion légère qui y règne. Le lendemain, il ne peut faire un pas sans tomber, il lui est impossible d'articuler un mot. Ainsi, on s'était promis qu'il vivrait un mois, un an, par exemple, et il succombe dans le cours du mois. Par une bizarrerie incroyable, il est, au contraire, des paralytiques qu'on juge condamnés à mourir dans un délai rapide, et dont la santé s'améliore très promptement. La marche de la paralysie générale est pleine d'anomalies.

Les folies rémittentes sont caractérisées par des diminutions et des exacerbations alternatives dans leurs symptômes. En vingt-quatre heures on observe successivement plusieurs rémissions. Esquirol a fait la remarque qu'il se manifeste, en général, une rémission bien marquée dans le cours du premier mois. Alors, dit-il, la folie guérit ou passe à l'état chronique. Il pense aussi que la rémission n'est que le passage d'une aliénation à une autre. Les lueurs passagères des folies rémittentes ne doivent pas être confondues avec les véritables intermittences, appelées intervalles lucides.

Les folies intermittentes sont quotidiennes, tierces, quartes, mensuelles, annuelles; enfin les accès reviennent après plusieurs années. Un des plus curieux exemples est celui d'un imbécile qui est dans un établissement de M. Brierre, depuis dix ans. Tous les trois jours, il tombe dans une tristesse et une immobilité qui en font un véritable automate; à cet état succède une gaieté, un bavardage, un besoin de se mouvoir extrêmes. On dirait qu'une baguette magique l'a frappé, tant la transformation est rapide. L'intermittence est tantôt régulière, tantôt irrégulière. Dans le premier cas, la même saison, la même époque de l'année, les mêmes causes physiques et morales, les mêmes caractères, les mêmes crises, la même durée, se reproduisent avec une régularité parfaite. Plus souvent les accès cessent à des intervalles très variables; ils sont provoqués par des crises nouvelles; ils n'affectent pas la même forme de délire; leur durée, leurs crises, sont différentes à chacun d'eux (Esquirol).

Il arrive fréquemment que les folies ont un jour de mieux, auquel succède le jour

suivant, une aggravation de symptômes. Cet état peut durer plus ou moins longtemps, il s'observe aussi dans les folies chroniques. C'est plutôt une rémission qu'une véritable intermittence, mais elle se manifeste cependant tous les deux jours. Il ne faut pas confondre avec les folies intermittentes celles qui reviennent souvent dans le cours de la vie, sous l'influence des mêmes causes excitantes. Telles sont les aliénations par suite d'abus des boissons alcooliques.

La fièvre intermittente de la folie est irrégulière et résiste au quinquina. Aucunes altérations organiques n'ont peut-être une plus grande propension à l'état intermittent que celles du cerveau ; nous l'avons rencontré dans la plupart des ramollissements de cet organe (Guislain, *Phrénopathies*, p. 144). Nous avons nous-même plusieurs fois employé le quinquina dans des cas bien tranchés, mais à forme chronique et sans résultat; c'est donc à tort qu'un professeur consciencieux de la faculté de médecine a fait imprimer dernièrement dans un journal, que les médecins d'aliénés ne connaissaient pas ou connaissaient mal les services que le quinquina pourrait rendre dans le traitement de la folie; à l'instant même où l'article paraissait, M. Brierre traitait avec succès par le sulfate de quinine, conjointement avec M. Sandras, un jeune aliéné, et il ne pensait pas faire quelque chose de neuf.

Les maladies mentales ont été considérées comme celles où les rechutes étaient les plus fréquentes. Pinel les évalue au cinquième. Sur 546 admissions, Prichard a compté 68 rechutes. Hill, qui lui a fourni le tableau de ces malades fait observer que beaucoup de personnes admises de nouveau dans les établissements étaient sorties sans être guéries, d'après les désirs ou les caprices des parents ou amis. Plusieurs étaient sujettes à des accès périodiques. (*A treatise on insanity*, London, 1835, p. 155.) Burrows a fait la remarque que la proportion des femmes était moitié moins considérable que celle des hommes, ce qu'il attribue à leur séjour plus prolongé dans la maison. Il pense aussi que beaucoup de rechutes doivent être attribuées à l'éloignement qu'éprouvent ceux qui ont été atteints de folie, de recourir à l'expérience des médecins, lorsqu'ils éprouvent de nouveau les atteintes de ce mal. Les observations de ce médecin l'ont porté à conclure que les rechutes réelles surviennent seulement dans les trois premiers mois de la guérison, et que tous les cas de réadmission après cette époque sont causés par l'action de nouvelles causes excitantes. (*Commentaries on the causes of insanity*, London, 1828, p. 536.)

Les rechutes, dit Georget, sont plus communes dans cette maladie, ce qui doit être attribué : 1° à l'impossibilité de mettre le cerveau en repos ; 2° à la persistance des causes ; 3° au peu de ménagement envers les aliénés. Nous manquons de données précises sur ce sujet, et pour résoudre la question le plus approximativement possible, il faudrait relever le chiffre des auteurs dans les établissements privés et publics pendant une période de dix à vingt ans. Il y a aussi une différence à établir entre la rechute qui est le passage de la convalescence à la maladie, et la récidive qui a lieu sous l'influence de l'intermittence et d'autres causes.

Pour distinguer les rechutes des récidives, il faut tenir compte de l'état des malades pendant le temps qui a séparé la deuxième invasion de la première, des circonstances qui ont présidé à la réapparition de la maladie, de la forme sous laquelle celle-ci se manifeste.

En général l'expérience apprend qu'il ne faut avoir qu'une confiance médiocre dans les guérisons, aussi longtemps qu'il reste du malaise et que le cerveau éprouve des sensations anormales. Les rechutes ayant lieu le plus souvent dans la convalescence, les précautions les plus grandes doivent être prises à cette époque. La probabilité de la rechute étant en raison directe de la rapidité de la guérison, il faut surtout la craindre dans la manie. Lorsqu'un convalescent retourne dans sa famille, on ne saurait assez prescrire de précautions, faire de recommandations, car c'est presque toujours là qu'existent les causes de rechute.

Terminaisons. L'aliénation mentale peut se terminer par la guérison, la mort, une autre maladie, l'état chronique. La manie guérit plus souvent que la monomanie ; la lypémanie guérit moins fréquemment que

les autres formes de monomanie. La démence simple et la folie épileptique ne guérissent presque jamais : M. Brierre a cependant traité deux cas de démence aiguë qui ont été suivis du retour à la raison. Jusqu'à présent, on n'a constaté que peu de guérisons de démence paralytique. Voici deux faits en faveur de cette opinion. Un malade placé par M. Thirial, bégayait, ne pouvait se tenir sur ses jambes, et répondait de la manière la plus incohérente. Au bout d'un mois, il recouvra complétement l'usage de la raison. Le seul symptôme qui lui restait était un affaiblissement dans la mémoire et peu de fixité dans les projets. Il revint un an après, présentant les mêmes signes, se rétablit encore et mourut subitement au bout d'un an. L'autre individu présenta les mêmes phénomènes, il périt aussi de mort subite un ou deux ans après sa sortie. M. Ferrus a cité dans ses leçons un cas bien intéressant de guérison de paralysie, et M. Hubert-Rodrigues en a également rapporté plusieurs.

Pendant huit ans, à Charenton, les guérisons ont été aux admissions : : 1 : 3 ; mais si on retranche les folies incurables, le rapport devient : : 1 : 2,33. Les 11/12es des guérisons s'obtiennent dans le courant des deux premières années de la maladie. La probabilité des guérisons n'est guère que de 1/30e après la troisième année. Il y a des exceptions à ces règles ; ainsi Esquirol cite une jeune fille en démence depuis dix ans, et trois femmes en démence maniaque depuis leur première jeunesse, qui guérirent à leur époque critique : Pinel parle d'une maniaque qui guérit au bout de vingt-cinq ans. Nous avons rapporté l'observation d'une femme guérie après douze ans de folie, par suite d'une chute qui lui avait fracturé la jambe.

La monomanie guérit plus souvent chez les femmes : la manie offre des chances plus favorables de guérison chez les hommes. En général, les guérisons sont plus nombreuses chez les femmes.

L'époque de l'âge la plus favorable est de vingt à trente ans. Passé cinquante ans, dit Esquirol, les guérisons sont rares. Quant aux saisons, on observe que les guérisons sont assez rares pendant l'hiver, plus nombreuses au printemps et en été, et qu'elles atteignent le maximum en automne.

La guérison peut avoir lieu graduellement ou bien survenir tout à coup. Lorsqu'elle a lieu graduellement, on observe, dit Georget, des rémissions, des intervalles lucides ; le malade fait plus attention aux choses, aux personnes ; il convient qu'il a été souffrant ; le sommeil renaît, les règles se rétablissent ; la guérison est complète, quand il a repris le goût et l'habitude de ses occupations ordinaires, est revenu à ses affections, a cessé d'avoir des préventions et a reconnu que ses idées étaient des erreurs. Parmi les faits de guérison rapide qui ont le plus frappé notre attention, nous rangeons celui d'une jeune dame qui depuis dix-huit mois présentait tout l'aspect de ces malheureux qui se croient la proie du démon : à chaque instant, elle ne cessait de répéter qu'elle était damnée. Un matin, elle entra dans notre cabinet d'un air riant, les idées mauvaises l'avaient quittée du soir au matin.

La proportion des guérisons a donné lieu à des résultats très divers. Pour que l'on eût des éléments de comparaison satisfaisants, il faudrait que les établissements fussent régis par les mêmes règles, reçussent le même ordre de malades et présentassent les mêmes classifications. Il y a, d'ailleurs, dans ce cas, un écueil très grand à éviter, celui de l'amour-propre. La réputation d'un homme doit être bien intacte, ses principes bien connus, pour qu'il se hasarde à donner le chiffre de ses guérisons. Au point où en sont venues les choses, tout calcul qui ne porte pas la conviction dans les esprits est un motif de suspicion pour les gens honnêtes.

Voici, d'après les recherches de M. Thurnam, dans quelle proportion se seraient effectuées les guérisons dans quarante-cinq établissements anglais et américains.

	Pour 100 admissions.
9 asiles de comtés anglais recevant des pauvres.	34,95
4 asiles de comtés recevant des pauvres et moitié de pensionnaires.	46,87

	Pour 100 admissions.
8 asiles, soutenus en totalité ou en partie par des dons volontaires	40,94
7 établissements écossais recevant des pauvres et un tiers de pensionnaires	42,37
10 asiles irlandais pour les pauvres	48,33
5 établissements américains recevant des pauvres et autres	46,82

D'un deuxième tableau embrassant soixante et un établissements du continent et de l'Amérique, il tire la conclusion que la proportion des guérisons, quand elle est inférieure à 40 pour 100, doit être regardée, dans les circonstances ordinaires, comme défavorable, tandis que celle qui excède 45 pour 100 offre un résultat satisfaisant.

La terminaison par la mort offre de grandes différences suivant que les établissements ne reçoivent que des individus curables ou incurables. Ainsi dans les hôpitaux de Londres et de York on n'a compté que 474 décès sur 7,415 malades, tandis que sur 12,592 malades admis à Bicêtre, à la Salpêtrière et à l'Hôtel-Dieu, 4,948 ont succombé; à Charenton, où les maladies sont souvent anciennes, en prenant la moyenne de sept ans, la mortalité a été : : 1 : 3,75, c'est-à-dire à peu près d'un quart. Suivant M. Calmeil, dans les établissements où on ne reçoit que des malades en traitement, il meurt à peine 1 malade sur 10, 15, 20 et même 25.

M. Calmeil a trouvé que dans la période d'acuité, pendant les quinze premiers mois de la maladie, il succombe plus de monomaniaques que de maniaques, et plus de maniaques que de déments. (*Dict. de méd.* t. II, p. 184.)

Esquirol a établi la mortalité :

De la manie	à 1	sur	25
De la monomanie	à 1	—	14
De la lypémanie	à 1	—	12
De la démence	à 1	—	3

La mortalité est plus considérable chez les hommes. Relativement à l'âge, elle est plus élevée de trente à quarante ans; celle des femmes est plus forte, de quarante à cinquante; celle des hommes de trente à quarante; elle est plus forte chez les femmes que chez les hommes depuis soixante ans. En résumé, la mortalité est plus précoce chez les hommes, et infiniment plus forte dans l'âge avancé chez les femmes. (*Compendium*, art. Folie.)

La mortalité est plus forte dans les deux premières années, depuis l'invasion de la maladie, que dans les années suivantes. La mortalité est à son maximum en hiver; elle est moindre au printemps et dans l'automne; elle est à son minimum pendant l'été.

La mortalité des aliénés a été l'objet de nombreux travaux. Un des principaux reproches qu'on ait adressés aux tables de mortalité, c'est d'avoir pris le nombre des cas existants, comme l'a fait M. Parchappe et beaucoup d'autres, au lieu de s'être servi du chiffre des admissions annuelles. C'est en se fondant sur ce principe que M. Thurnam a établi que la mortalité moyenne des aliénés en Angleterre, dans les établissements publics, à l'exception de Bethlem et de Saint-Luc, a été, depuis leur fondation jusqu'à l'époque actuelle, de 11,86 pour 100; celle des asiles de comtés recevant des pauvres et des pensionnaires, de 10,46 pour 100; celle des asiles pour les malades de différentes classes, soutenus en totalité ou en partie par des contributions charitables, de 8,93. La mortalité de sept asiles d'Écosse a été de 7,52; celle de dix établissements irlandais de 8,7. Des recherches minutieuses paraissent justifier cette conclusion, qu'en prenant des périodes considérables de temps, pendant lesquelles il n'est survenu rien d'extraordinaire, dans les asiles mixtes, dans les établissements destinés aux classes moyennes et opulentes, une mortalité qui excède 9 ou 10 pour 100 doit être considérée comme très défavorable, tandis qu'elle est dans de bonnes proportions lorsqu'elle est d'un peu moins de 7 pour 100.

Dans les asiles des pauvres, avec les mêmes circonstances, on doit conclure qu'une mortalité qui excède 12 ou 13 pour 100 est beaucoup trop forte, tandis qu'elle

se renferme dans des limites convenables lorsqu'elle n'atteint que le chiffre de 10.

Pour que ces calculs ne laissassent aucune prise à la critique, il faudrait que les éléments de la population annuelle des établissements fussent bien connus. Ainsi, dans un asile, où le 1/5 et même le 1/4 de la population est composé d'aliénés paralytiques, voués, en général, à une mort certaine et rapide, les termes du calcul sont bien différents. La démence, l'épilepsie, le délire aigu, ne doivent pas non plus entrer dans l'addition, sans être indiqués.

La mortalité de Bicêtre pour 1839 a été, sur 549 admissions, de 84 morts, c'est-à-dire de 1 sur 4,53 ; mais il faut comprendre dans ce chiffre les déments paralytiques (45), qui sont presque tous admis dans l'année ; puis les malades évacués des hôpitaux dans des états désespérés. En examinant la mortalité suivant la forme d'aliénation mentale, nous trouvons que :

15	étaient	maniaques.
1	—	monomaniaque.
65	—	déments paralytiques.
3	—	épileptiques.
Total. 84		

Par conséquent, la mortalité pour

Les maniaques a été	:: 1	:	12,06
Les monomaniaques	:: 1	:	52
Les déments. . . .	:: 1	:	1,84
Les épileptiques . .	:: 1	:	16

Les maladies auxquelles succombent le plus ordinairement les aliénés, d'après Esquirol, sont l'inflammation des méninges, la fièvre cérébrale, l'apoplexie, les lésions organiques du cerveau, du thorax et de l'abdomen, le scorbut. Voici, dans 277 cas, les lésions qu'il a constatées.

Dévoiement colliquatif, scorbut.	38
Lésions organiques du foie . . .	35
Apoplexie	33
Fièvre adynamique.	32
Fièvre cérébrale	28
Phthisie	28
Fièvre lente nerveuse.	25
Fièvre atonique.	14
Péritonite latente.	13
Pleurésie.	12
Hydropéricarde.	11
Squirrhe du pylore.	4
Epilepsie.	4

Il y a plusieurs remarques à faire sur ces dénominations. Le scorbut, autrefois fort commun à la Salpêtrière et à Bicêtre, ne se rencontre plus que dans quelques cas isolés. La fièvre lente nerveuse ne saurait être révoquée en doute ; mais pour ceux qui ont l'habitude d'observer ailleurs que dans les hospices d'aliénés, il est plus que probable que l'illustre observateur a réuni dans ce groupe des terminaisons à formes typhoïdes, c'est-à-dire des inflammations d'organes, ce qui s'applique également à ses groupes de fièvres adynamique et ataxique. Quant aux morts par fièvre cérébrale, des distinctions doivent être également établies ; ce chiffre comprend sans aucun doute des cas de délire aigu, des méningites et des méningo-céphalites.

MM. Aubanel et Thore, dans leurs Recherches statistiques de Bicêtre, ont établi que dans 21 cas de manie, la mort avait été due 10 fois aux progrès de l'affection mentale, 4 fois aux maladies du crâne, 4 fois à celles du poumon et du cœur, 2 fois à celles de l'appareil digestif, 1 fois à une escarre considérable.

Dans la démence, il y a deux causes principales de mort : tantôt on voit succomber les individus au milieu d'une agitation très intense, et dans un état tout à fait comparable à la manie aiguë (16); tantôt, au contraire, l'économie subit une décomposition lente, des escarres se forment au sacrum, aux aisselles, aux coudes, aux trochanters, et ces malheureux meurent dans le marasme (58) ; cette terminaison s'observe surtout dans la démence avec paralysie générale.

Outre ces 74 cas, 10 fois les maladies de l'encéphale ont été cause de mort, 17 fois celles de l'appareil pulmonaire, 14 fois celles du tube digestif et 4 fois le scorbut. Les convalescents épileptiformes, l'état adynamique, un abcès du cou, une parotide, ont entraîné 7 fois la mort.

Voici un autre tableau, publié par M. Aubanel, comprenant 128 autopsies :

MALADIES INCIDENTES.	Démence paralytique.	Démence simple.	Manie aiguë et chronique.	Lypémanie et stupidité.
Congestion cérébrale et symptômes d'apoplexie	20	3	3	»
Hémorrhagie méningée	4	»	»	»
Hémorrhagie interstitielle	1	»	»	»
Convulsions épileptiformes (1)	15	»	»	»
Phrénésie	»	»	1	»
Pneumonie	6	2	5	»
Apoplexie pulmonaire	»	»	1	»
Pleurésie	»	2	3	»
Phthisie	»	1	4	2
Gangrène du poumon	»	»	1	»
Asphyxie par le bol alimentaire	1	»	»	»
Maladies du cœur	»	»	5	»
Entérite typhoïde	»	»	1	»
Gastrite	»	1	»	»
Rupture de l'estomac tympanite	»	»	»	1
Empoisonnement par le laudanum	»	»	1	»
Hépatite	»	»	1	»
Erysipèle gangréneux	2	»	»	»
Variole	»	»	1	»
Excitation maniaque	2	»	»	»
Escarres, marasme, diarrhée	13	9	7	2
Progrès de la paralysie	4	»	»	»
Sitophobie, inanition	»	»	1	»
	68	18	35	5

On peut consulter également sur ce sujet la *Statistique de l'hospice de Bethlem avec des remarques sur la folie*, par le docteur John Webster, publiée dans le t. III des *Annales médico-psychologiques*, p. 443.

M. Thore, se fondant sur des calculs faits sur un nombre plus considérable d'aliénés admis depuis 1831 jusqu'en 1839, a établi les proportions suivantes de la mortalité :

Déments paralytiques	1 sur 1,69
Déments sans paralysie	1 — 1,40
Maniaques	1 — 4,51
Maniaques à l'état chronique	1 — 3,30
Mélancoliques	1 — 3,80
Stupides	1 — 5,20
Idiots	1 — 2,65
Epileptiques	1 — 2,88

Des maladies dont nous venons de donner le tableau, il en est qui sont les conséquences ou les suites de la folie; il en est d'autres qui proviennent de l'immobilité des aliénés, de leur malpropreté, de leurs mauvaises habitudes, de leur exposition aux intempéries.

La marche des maladies incidentes est essentiellement chronique; les aliénés semblent opposer une grande force de résistance aux troubles fonctionnels qu'elles déterminent. Le diagnostic de ces maladies est souvent difficile; les deux principaux

(1) *Des congestions sanguines cérébrales avec symptômes épileptiformes qui surviennent chez les aliénés*, par A. Brierre de Boismont, *Archives générales de médecine*, 1829, t. IX, p. 209.

signes qui peuvent mettre sur la voie sont la perte d'appétit et l'altération des traits.

Classées d'après leur ordre de fréquence les maladies incidentes sont rangées par les auteurs du *Compendium* dans l'ordre suivant : 1° le scorbut ; 2° la phthisie pulmonaire ; 3° la pneumonie ; 4° la pleurésie ; 5° la péricardite ; 6° différentes lésions du cœur ; 7° la gastrite ; 8° le cancer de l'estomac ; 9° l'entérite ; 10° la colite ; 11° la dyssenterie ; 12° différentes altérations du foie ; 13° la néphrite, surtout sur les paralytiques ; 14° la cystite ; 15° le cancer de la matrice ; 16° les productions fibreuses de la matrice ; 17° l'érysipèle ; 18° le furoncle, l'anthrax ; 19° les escarres ; 20° différentes espèces de fièvres.

Sur 199 cas de mort, ils ont trouvé que la colite figurait pour moitié, la phthisie pour les 2/5, la pneumonie pour 1/5, et le cancer utérin également pour 1/5.

Esquirol a beaucoup insisté sur la terminaison par les crises ; on peut consulter le mémoire qu'il a publié sur ce sujet. Les auteurs du *Compendium* font observer que beaucoup de cas de folie se jugent sans crise. La plupart des phénomènes rangés au nombre des crises sont également placés au nombre des causes ; il est à craindre que l'on n'ait pris des folies intermittentes pour des folies jugées, et la cessation d'un accès pour une guérison complète. MM. Georget et Foville soutiennent également une opinion contraire à celle d'Esquirol.

Une particularité à noter, ce sont les suites morales de la maladie. Un vingtième des individus guéris, dit Esquirol, restent singulièrement très susceptibles ou n'ont pas assez de tête pour reprendre leurs occupations premières. Trois jeunes dames sédentaires, taciturnes, moroses avant leur maladie, sont devenues, après leur guérison, gaies, causeuses et aimant la société, les plaisirs.

On a vu quelquefois la folie se changer en hypochondrie, en hystérie, en chorée. Nous avons observé dans quatre cas un ensemble d'accidents typhoïdes succédant à la folie aiguë ; la figure avait une expression de stupeur : les mouvements étaient lents ; la langue rouge, poisseuse ; les dents sèches ; les yeux chassieux ; le ventre tuméfié, tympanique, gargouillant dans la fosse iliaque droite ; le dévoiement abondant, la soif grande, le pouls fébrile ; il n'y avait point de taches ; la marche était rapide ; dans deux cas, les individus sont morts ; dans deux, ils ont guéri.

Enfin, dans un grand nombre de cas, les folies aiguës passent à l'état chronique et restent ainsi de longues années.

Durée. — La folie offre des différences extrêmes de durée. Nous l'avons vue cesser du jour au lendemain, surtout dans les manies aiguës, et persister pendant cinquante-deux ans. L'individu qui fait le sujet de cette dernière observation avait perdu la raison à vingt ans par suite de la frayeur que lui avait causée un homme déguisé en ours. Pendant la longue suite d'années qu'il passa dans l'établissement, il ne parla jamais, se contentant de faire entendre de temps en temps un grognement, et d'imiter le balancement de l'ours ; mais ce qu'il y eut de remarquable, c'est qu'il reprit sa connaissance dans les derniers quinze jours de son mal.

Pinel avait fixé le terme moyen de la durée de la folie, en général, entre cinq et six mois. Esquirol l'a portée à un peu moins d'une année. Suivant Georget, la durée moyenne du séjour des malades, sortis guéris de Bicêtre et de la Salpêtrière, en 1822, a été de 130 jours pour le premier établissement, et de 145 pour le second.

M. Desportes a constaté que sur les aliénés qui se trouvaient dans sa division à Bicêtre, au 1er janvier 1822,

1	s'y trouvait depuis	56	ans.
3	s'y trouv. depuis	40	—
21	— depuis plus de. .	30	—
50	— depuis plus de. .	20	—
150	— depuis plus de. .	10	—

A la Salpêtrière :

7	s'y trouv. depuis. . .	60 à 67	ans.
11	— depuis . .	50 à 60	—
17	— depuis . .	40 à 50	—
43	— depuis . .	30 à 40	—
153	— depuis . .	30 à 20	—
358	— depuis . .	10 à 20	—
445	— depuis . .	5 à 10	—
463	— depuis . .	2 à 5	—
229	— depuis quelques jours à 1 an.		

M. Desportes conclut que la durée moyenne de la folie est plus longue chez les femmes que chez les hommes; elle serait de neuf ans cinq mois et onze jours pour les premières, et de sept ans quatre mois vingt et un jours pour les derniers.

Il est hors de doute que cette évaluation en masse manque de précision, et que pour résoudre cette question, il faut étudier la folie dans chaque espèce de folie.

Sur 256 maniaques, dont les auteurs du *Compendium* donnent la guérison,

27	ont guéri	dans le 1er	mois.
32	—	dans le 2e	—
18	—	dans le 3e	—
30	—	dans le 4e	—
24	—	dans le 5e	—
20	—	dans le 6e	—
20	—	dans le 7e	—
19	—	dans le 8e	—
12	—	dans le 9e	—
13	—	dans le 10e	—
23	—	après 1 an.	
18	—	après 2 ans.	

MM. Aubanel et Thore disent que la durée moyenne du séjour de 87 maniaques a été de 67 jours, ainsi répartie :

Deuxième semaine.	4
Troisième semaine.	8
Premier mois . . .	10
Deuxième mois. . .	30
Troisième mois. . .	11
Quatrième mois . .	11
Cinquième mois . .	6
Sixième mois. . . .	2
Septième mois. . .	4
Onzième mois. . .	1

Dans les deux établissements de Bethlem et de Saint-Luc, les guérisons les plus nombreuses commencent le deuxième mois et continuent jusqu'au quatrième. (Brierre de Boismont, *Ann. d'hygiène et de médecine légale*, Paris, 1847, t. XXXVII, p. 44 et 275; t. XXXVIII, p. 33.

Les résultats obtenus par ce médecin au moyen des irrigations continues et des bains prolongés offrent des différences marquées avec les précédents. Ainsi chez 72 individus, presque tous atteints de manie aiguë, la durée du traitement a eu lieu dans les proportions suivantes :

1 jour	chez	1	malade.	67
2 jours	chez	1	—	
3	—	5	—	
4	—	5	—	
5	—	4	—	
6	—	8	—	
8	—	14	—	
9	—	2	—	
10	—	9	—	
12	—	4	—	
15	—	14	—	
20	—	1	—	5
21	—	1	—	
1 mois		1	—	
1 mois 6 sem.		1	—	
3 mois 6 sem.		1	—	

Il est à remarquer que sur les 14 malades dont la durée du traitement est portée à quinze jours, la plupart ne prenaient plus de bains après le huitième, neuvième et dixième. Quant à ceux dont la durée du traitement a dépassé cette limite et s'est prolongée au delà de vingt jours, un mois, etc., ils n'ont point guéri par les bains; quelques uns ont été seulement améliorés; d'autres sont restés stationnaires ou ont passé à l'état chronique; un est mort.

M. Guislain dit que sur 64 maniaques guéris dans son établissement, 35 ont recouvré leur santé dans le premier trimestre; sur 74 mélancoliques, la plus grande partie des guérisons ne s'est opérée qu'en neuf mois.

A l'état chronique, la manie, la monomanie, peuvent durer des années. La démence, quand elle est simple, a aussi une durée fort longue; celle de la démence paralytique varie entre huit mois et trois ans; des soins assidus et éclairés peuvent l'accroître du double.

Nature de la folie. — Pinel attribue l'aliénation à une forte exaltation nerveuse; Cox la fait dépendre d'un afflux considérable de sang dans cet organe; Fodéré de l'altération du principe vital, résidant principalement dans le sang; Esquirol pense que la lésion des forces vitales du cerveau est la cause de beaucoup de folies; Gall et Spurzheim considèrent la folie comme étant très souvent le résultat d'une inflammation d'abord aiguë, puis chronique de l'encéphale. D'après Broussais, la

folie provient d'un état d'irritation de cet organe.

J. Frank ne croit pas que la folie forme un genre tout à fait distinct des autres maladies du cerveau ; elle peut se présenter avec les diathèses inflammatoire, gastrique, arthritique, rachitique et scrofuleuse, carcinomateuse, nerveuse. MM. Delaye et Foville rattachent l'aliénation à la phlegmasie de la substance grise superficielle du cerveau.

Plusieurs auteurs ont considéré le trouble de la pensée comme étant le plus souvent le résultat d'une action sympathique, ordinairement de quelque viscère du bas-ventre. Dufour s'est particulièrement attaché à prouver que la folie dépend presque toujours d'une affection des plexus nerveux du bas-ventre, sans la participation du cerveau. Pinel dit qu'il semble, en général, que la cause de l'aliénation est dans la région de l'estomac et des intestins. Prost a surtout vu la cause de la folie dans l'affection de la muqueuse gastro-intestinale, et dans la présence des vers dans le canal digestif. Esquirol affirme que les folies ont souvent leur cause dans les divers foyers de la sensibilité, placés dans les différentes régions du corps, et non toujours dans le cerveau (*Dict. en* 25 vol., 2e éd.).

Gall, Georget, et plusieurs autres, ont établi, d'une manière incontestable, que le cerveau était le siége de la folie. En admettant que cette dernière puisse être symptomatique ou sympathique d'une affection intestinale, d'une maladie de l'utérus, on ne doit pas conclure que le mal n'existe pas dans le cerveau ; ce serait confondre la cause d'une affection avec son siége.

Si la folie était toujours le résultat d'une inflammation du cerveau, comment expliquer le peu de danger et la longue durée de la folie même très aiguë ? Ce sont deux caractères qui ne se retrouvent pas dans les phlegmasies des viscères importants. Parmi les motifs qu'on a fait valoir pour prouver que la folie simple est le plus ordinairement une névrose, les suivants nous semblent avoir une grande force : la maladie se développe souvent sous l'influence de causes manifestement débilitantes. Elle ne s'accompagne d'aucuns symptômes d'irritation, de congestion primitive. Elle suit une marche intermittente périodique. Elle augmente sous l'influence d'une thérapeutique antiphlogistique (saignées). Elle diminue ou guérit sous l'influence d'une thérapeutique tantôt débilitante (bains), tantôt excitante. Elle cesse quelquefois spontanément et brusquement. Elle guérit sous l'influence d'un traitement exclusivement moral. Elle se transmet par imitation. Elle ne laisse après elle aucune trace de lésions anatomiques.

Guislain fait observer (p. 40) que l'aliénation, après avoir duré quatre, huit, douze mois, pendant lesquels l'aliéné s'est livré aux actes les plus violents, n'a cessé de vociférer, peut disparaître tout à coup. Le malade, d'abord abattu, maigre, ne tarde pas à se rétablir. Il n'en est pas ainsi dans les maladies où la circulation a été fortement lésée ; leur marche est régulière et plus ou moins lente. Dans les cas de l'espèce, ajoute ce médecin, il y a, le plus ordinairement, d'abord exaltation nerveuse, puis congestion sanguine interstitiaire, dilatation vasculaire, état variqueux des capillaires ; viennent ensuite les désordres des tissus qui en sont les résultats.

Lorsque la folie simple a persisté pendant longtemps, soit à l'état de névrose, soit à l'état d'irritation encéphalique, elle finit souvent par donner lieu à une véritable encéphalite chronique, soit parenchymateuse, soit membraneuse. La folie compliquée dès son début des lésions de la sensibilité et de la motilité (démence paralytique) reconnaît, dit-on, pour causes des altérations encéphaliques variables, que l'on peut considérer comme étant le résultat d'une phlegmasie chronique.

Dans ces derniers temps, M. Moreau, qui a publié un ouvrage curieux sur le *haschich*, a voulu ressusciter la théorie de Broussais, en affirmant que la *modification intellectuelle primordiale*, *toujours identique à elle-même*, évidemment la condition essentielle de l'existence du délire ou de l'aliénation, des idées fixes, des hallucinations, etc., était l'*excitation maniaque*. Que signifie ce mot *excitation?* Il exprime, en général, un excès de l'action organique. Or ces excès peuvent bien produire certains délires ; mais d'autres, au contraire, ont lieu par une influence opposée. L'anémie cérébrale détermine aussi bien des

conceptions délirantes que l'hypérémie. Si l'excitation fébrile amène des désordres cérébraux, on voit chez plusieurs malades ces désordres ne commencer qu'à l'époque où la cessation de la fièvre les jette dans l'assoupissement. Admettra-t-on l'excitation dans le cerveau où le ramollissement fait chaque jour des progrès, comme dans le cerveau dont les méninges et la substance grise sont manifestement enflammées. Mais avec l'excitation toujours identique à elle-même, les folies gaies, tristes, les folies stupides, dans lesquelles les malades restent des journées, des mois, accroupis, sans rien dire, ont toutes le même point de départ. Répondre que l'excitation dans ce cas a eu lieu au début, n'est-ce pas faire une pétition de principes et poser en loi ce qu'il faudrait commencer par prouver?

Une femme voit périr son enfant; elle reste anéantie, sans voix, elle tombe dans une sorte d'imbécillité, et vous rapporterez cet état à une excitation maniaque? Un homme, vers la fin d'une affection chronique qui l'a réduit au dernier degré de marasme, est pris d'un délire tranquille, qui lui fait croire qu'il quitte l'hôpital, vaque à se affaires (service de M. Honoré); et il faudra supposer, d'après la théorie, qu'il est sous l'influence de l'excitation maniaque? Mais, pour être d'accord avec le principe, le traitement antiphlogistique plus ou moins énergique (et nous ne parlons pas seulement des saignées), devra en être la conséquence forcée. Et voyons ce qui se passe: un homme arrive, atteint d'une manie furieuse; vous le saignez jusqu'à ce qu'il se calme, et souvent le résultat est une démence incurable. Fodéré rapporte que dans la phrénésie (délire aigu) il a vu périr des individus sous le coup de saignées répétées. Les monomanies tristes sont plutôt aggravées que soulagées. M. Leuret a guéri beaucoup d'individus hallucinés et de monomaniaques par le traitement moral. M. Moreau lui-même traite avec succès les hallucinations par le *datura stramonium*, qui détermine des hallucinations, confirmant ainsi le célèbre axiome du chef de la médecine homœopathique, *similia similibus curantur*. Enfin, dans un mémoire, inséré dans le t. XIII des *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, M. Brierre a montré qu'on guérissait rapidement les manies aiguës par des bains prolongés et des irrigations. L'excitation maniaque qui n'est qu'une variété de l'irritation de Broussais, peut être une conception fort simple; mais comme théorie unique, elle rentre dans le domaine des idées systématiques, dont la destinée invariable est d'apparaître un jour et de mourir ensuite.

M. Leuret n'a point cherché la cause de la maladie dans les altérations cérébrales; examinant et discutant les faits et les opinions connus, il a proclamé que la folie pouvait se présenter isolée de tout symptôme physique, qu'elle n'était qu'une erreur de l'esprit, une affection purement morale; que c'était un traitement moral qui seul pouvait la guérir, et qu'il devait surtout consister à substituer une impression à une impression, une passion à une passion. On a vivement attaqué l'opinion de M. Leuret, en disant qu'il n'avait tenu compte ni de l'action médicatrice de la nature, ni de l'action puissante des modificateurs physiques employés dans ce traitement moral. Les douches froides et le travail ne sont-ils pas des agents physiques d'une grande force? Et n'est-ce pas le lieu de répéter avec Joseph Frank que les manies proviennent souvent des mêmes conditions morbides qui donnent naissance aux autres maladies; que l'hypothèse qui les attribue à une condition morbide de l'âme elle-même n'est point fondée et est aussi contraire à la religion qu'à la morale?

Faire naître la folie d'une maladie de l'âme, et cette opinion a surtout été celle du célèbre Heinroth, c'est révolter les spiritualistes et exciter le sourire des matérialistes. Il faut reconnaître cependant que la question n'est pas aussi simple qu'on le prétend. A moins de confondre la pensée avec les agents physiques, il faut convenir qu'il y a un mode d'agir bien différent entre l'impression causée par la nouvelle d'un grand malheur, apportée par une lettre qui vient de plusieurs milliers de lieues, et celle de l'action du froid sur le poumon? En vain forcerez-vous les analogies, l'abîme qui sépare ces deux influences est infranchissable. Nous avons essayé de jeter ailleurs les germes d'une théorie nouvelle de l'aliénation, en établissant qu'il

y a deux sources d'idées dans l'homme ; qu'il vit au milieu d'une atmosphère d'idées fausses, venant des sens, de l'éducation, du milieu social où il se trouve, et que c'est là que doit être cherchée l'origine d'un grand nombre de manies, de monomanies. Avec cette classification, on arrivera à comprendre comment certaines idées peuvent être malades, sans que le souffle divin qui anime l'homme puisse en souffrir. A ce point de vue, on s'explique comment le traitement moral peut être suivi de succès. Nous sommes loin de rejeter une altération de l'organe cérébral ; bien qu'elle n'ait pas été saisie jusqu'alors, nous croyons qu'elle existe ; mais c'est un fait secondaire pour la doctrine des maladies mentales, tandis qu'il est souvent fort important sous le rapport thérapeutique. (Brierre de Boismont. *Rev. méd.*, novembre 1846, p. 386.)

Pronostic. — La folie est une affection curable. Il y a dix-sept ans le médecin cité donna ses soins à un aliéné mélancolique suicide ; il guérit parfaitement, et depuis il s'est montré à la hauteur de toutes ses positions. La manie guérit rapidement et dans une proportion considérable. La monomanie et la lypémanie guérissent, lorsqu'elles sont récentes, accidentelles. La manie chronique dégénère souvent en démence. La démence aiguë se termine quelquefois d'une manière heureuse, la démence chronique très rarement, la démence paralytique presque jamais, du moins dans l'état actuel. La folie héréditaire guérit, mais les rechutes sont à craindre.

L'hérédité, l'âge peu avancé, l'habitude de la masturbation et de l'ivrognerie, les excès vénériens, surtout chez les vieillards, un caractère naturellement vain et orgueilleux, les résultats d'une mauvaise éducation, un esprit faible, ou une intelligence développée et très active, des sentiments exaltés, une sensibilité morale très vive, sont autant de circonstances qui rendent les chances de succès moins favorables.

Les folies à la suite de couches guérissent, en général, beaucoup mieux que les autres.

Les causes morales, qui agissent promptement, sont une circonstance favorable de guérison ; mais, si elles ont agi lentement, on guérira difficilement.

Le délire aigu, à forme hydrophobique, est presque toujours mortel. Les excès d'étude qui jettent dans la folie doivent faire craindre l'incurabilité. Les folies causées ou entretenues par des idées religieuses, par l'orgueil, par des hallucinations, sont difficiles à guérir.

Les folies dans lesquelles les malades jugent très bien de leur état, offrent beaucoup de difficultés, si elles ne guérissent promptement.

La folie subite guérit mieux que celle qui survient lentement. D'après Pinel et Tuke, on guérit plus de mélancoliques que de maniaques ; il y a évidemment là une classification défectueuse.

Les rechutes et les récidives sont toujours plus difficiles à guérir, et les chances de succès sont d'autant plus faibles que les accès ont été plus multipliés.

Dans le tableau des guérisons, il faut s'être assuré que l'on n'a point porté des folies intermittentes, des folies d'ivrognes de profession.

Quelque ancienne que soit l'aliénation mentale, on peut en espérer la guérison tant qu'il existe des dérangements notables dans les voies nutritives. Lorsque les fonctions sont rétablies sans diminution de délire, on doit augurer mal. Lorsque les aliénés fixent le soleil, lorsqu'ils mangent leurs déjections, ils ne guérissent pas.

La folie est incurable, lorsqu'elle se complique de la paralysie, de l'épilepsie. L'imbécile, l'idiot et le crétin, peuvent être améliorés, mais ne guérissent jamais complétement.

L'irrégularité de la marche de la démence paralytique, expose souvent à de grandes méprises pour l'époque probable de la mort.

Diagnostic.—Il semble au premier abord que rien n'est plus facile que de reconnaître la folie ; l'expérience montre qu'il n'en est pas toujours ainsi. Dans son mémoire sur le délire aigu, M. Brierre a essayé de faire voir qu'on confond quelquefois avec l'aliénation des délires qui doivent en être séparés. Il est certain, dit cet auteur, que le diagnostic présente parfois d'extrêmes difficultés, et il nous est arrivé de rester dans

le doute, quoique les individus fussent soumis à notre observation journalière ; dans ce cas nous renvoyons les individus à leurs familles.

Lorsque la folie a ses caractères tranchés, il ne saurait y avoir d'erreur, mais les choses ne se passent pas toujours ainsi ; au début, elle peut être confondue avec un état d'ivresse presque habituel, avec l'empoisonnement par quelques substances narcotiques, la méningite, la méningo-céphalite, les phlegmasies des divers organes. Dans d'autres cas, le malade est sur ses gardes, il ne dit aucune parole, ne fait aucune action déraisonnable ; et il faut beaucoup de patience et de temps pour arriver à la connaissance de la vérité. Le meilleur moyen est de recourir à plusieurs interrogatoires, de lui adresser des questions nombreuses, variées, précipitées, se rattachant à des ordres d'idées différents, de manière à ne pas lui laisser le temps de méditer, de préparer ses réponses. En agissant autrement on suggérerait au prevenu qui simule les réponses à faire, et à l'aliéné, les moyens de dissimuler. Il n'y a pas longtemps que la *Gazette des hôpitaux* signalait l'expertise d'un médecin légiste qui concluait à l'intégrité des facultés intellectuelles de l'individu, tandis que le verdict du jury le renvoya absous comme aliéné.

Georget (*Dict. en* 25 *vol.*) insiste fortement sur les difficultés du diagnostic : 1° lorsque les individus réputés raisonnables se rapprochent des aliénés sous certains rapports : 2° lorsque les aliénés conservent assez de bon sens pour paraître raisonnables. Dans la première catégorie se rangent 1° les individus qui ont l'esprit faible ou borné ; 2° les imbéciles qui en savent juste assez pour se conduire dans les actes ordinaires de la vie ; 3° les individus superficiels, brouillons, distraits, crédules, à idées bizarres, exagérées ; 4° les individus subjugués par leurs penchants, leurs passions ; 5° les aliénés guéris, mais qui restent susceptibles, irritables, inattentifs ; 6° les individus en proie à des terreurs paniques, à des inquiétudes sans sujet, indécis ; 7° les envies des femmes grosses, les désirs de certaines femmes nerveuses, les changements déterminés par la menstruation, l'état morbide du cerveau chez les hypochondriaques, les hystériques. Dans la deuxième série sont placés : 1° les individus dont la folie marche lentement et imperceptiblement ; 2° certains monomaniaques qui cachent leur idée : 3° les malades qui sont exaltés, parlent beaucoup, sans trop déraisonner ; 4° le premier degré de la démence et de l'affaiblissement sénile ; 5° la perversion chez les femmes de leurs sentiments, comme mère, épouse, etc. ; 6° la folie dissimulée chez les suicides et chez ceux qui reconnaissent les experts ; 7° la folie de courte durée ; 8° les intervalles lucides des accès de l'aliénation mentale intermittente.

On reçoit dans les établissements des individus atteints de fièvre typhoïde et qu'on avait crus aliénés ; l'erreur est surtout facile, lorsque cette fièvre revêt des caractères ataxiques, et il arrive qu'on est obligé de rester en suspens pendant quatre ou cinq jours. Mais il est une variété de la folie, dans laquelle la maladie offre la forme typhoïde, et qu'on pourrait prendre pour cette fièvre, tandis qu'elle s'en distingue par la rapidité de sa terminaison. Un homme si gravement malade qu'on s'attendait à le voir expirer à chaque instant, avait du délire, des hallucinations, un dévoiement abondant ; la langue était rouge, poisseuse, les dents brunâtres ; le ventre était météorisé, il y avait du gargouillement ; en cinq jours la convalescence était terminée et la digestion très bonne. Plusieurs fois M. Brierre a mis immédiatement en liberté des individus sur la folie desquels les certificats et les enquêtes ne laissaient aucun doute, mais qui parlaient avec tant de netteté, de raison qu'il ne voulait pas accepter la responsabilité de leur séquestration. Un de ces derniers était un jeune homme qui avait quelque chose de vif et d'un peu violent, mais qui niait tous les actes qui lui étaient reprochés ; il les expliquait par des craintes exagérées ; les personnes de la maison qu'il habitait n'avaient rien vu, elles rejetaient les torts sur ses parents. Le médecin précité ne voulut point le priver de sa liberté. Quelque temps après, il menaça sa mère de la tuer, fit une scène qui aurait pu avoir les conséquences les plus graves. Transféré dans un établisse-

ment d'aliénés, il y eut des hallucinations de la vue. Pendant les quinze jours que ce jeune homme avait passés dans sa maison, ayant la permission de sortir, il avait été constamment raisonnable.

Le diagnostic du délire aigu qu'on a si longtemps confondu avec la folie mérite une attention spéciale. Dans la forme symptomatique surtout, c'est un épiphénomène qui cède rapidement à un traitement bien dirigé. Un conseil que nous croyons fort utile et qui a été donné par d'autres, c'est de ne pas trop étendre le cercle de la folie et voir des aliénés partout.

Traitement. — Guérir, voilà le but vers lequel doivent tendre tous nos efforts. Il est sans doute glorieux de pénétrer les mystères de l'organisme, de découvrir les lois de l'économie, d'arracher au cerveau ses secrets; mais ces conquêtes, toutes brillantes qu'elles sont, ne valent pas la satisfaction d'avoir sauvé la vie à un de ses semblables ou de lui avoir rendu la raison. La folie, compagne inséparable de la civilisation, croissant avec elle, se multipliant à mesure que les vices, les passions, les idées nouvelles, germent, se développent, bouillonnent dans la tête de l'homme; la folie n'est point du domaine de tous. Elle veut, pour être comprise, un médecin psychologiste et moraliste, dont les connaissances soient aussi étendues en pathologie qu'en hygiène. Comment, en effet, combattre les maladies incidentes, appliquer les médicaments convenables, si l'on n'a pas étudié la pathologie ailleurs que dans les hospices d'aliénés ? Comment diriger le traitement moral, si l'on n'a fait un examen approfondi des passions qui agitent et tourmentent la vie? Mais eût-il toutes ces qualités, le médecin ne serait pas encore capable de traiter les fous, s'il n'avait longtemps habité les hôpitaux et les établissements qui sont consacrés à ces malades, s'il ne vivait avec eux en famille. Ces principes, que M. Brierre a établis dans son mémoire sur un projet d'établissement d'aliénés, sert d'introduction naturelle au traitement de cette grave maladie. Lorsqu'on parcourt les ouvrages des auteurs qui ont écrit sur la cure de la folie, on est réellement surpris de la confusion des moyens mis en usage. Ils y sont entassés pêle-mêle, aucune méthode rigoureuse ne préside à leur choix. La distinction du traitement physique et moral est sans doute établie, mais les époques ne sont pas nettement tracées; ou bien, si une méthode est préconisée, elle l'est aux dépens de toutes les autres. Une appréciation plus rigoureuse était donc nécessaire; voici les règles que cet auteur a établies :

1° L'isolement dans le plus grand nombre des cas;

2° Les moyens pharmaceutiques dans la période aiguë;

3° Les moyens moraux dans la convalescence;

4° Un traitement mixte dans la période chronique;

5° Les moyens hygiéniques dans toutes les périodes;

6° Les moyens prophylactiques, après la guérison;

7° Le traitement préventif et modificateur, dans le cas de disposition héréditaire.

Première section. — L'isolement est une mesure dont l'utilité est trop généralement comprise pour que nous en fassions sentir la nécessité. On peut consulter à ce sujet l'excellent ouvrage d'Esquirol (*Des maladies mentales*, t. II, p. 742.) Il ne faut pas croire cependant que l'isolement soit toujours commandé. Lorsque le délire est léger, lorsque le monomane ou l'halluciné remplit exactement ses devoirs, et que l'idée fixe ne peut avoir d'inconvénients, il serait sans utilité et peut-être même nuisible de recommander la séquestration, à moins que le malade ne le voulût lui-même; car on pourrait craindre que le séjour au milieu des fous n'aggravât une affection peu avancée. Jusqu'à quel point, d'ailleurs, un pareil spectacle ne peut-il pas développer ou augmenter la maladie? Depuis plusieurs années le médecin cité a eu à traiter des aliénés dont la maladie mentale était évidemment symptomatique, et il les a guéris sans être dans la nécessité de les enlever à leur famille. M. le docteur Fayolle, de Guéret, a également traité chez eux trois individus atteints de formes aiguës de la folie; l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues a été couronné d'un rapide succès.

Dans quelques cas spéciaux, l'isolement, dans une maison séparée, a réussi. Le temps de l'isolement exige beaucoup d'expérience et de probité. Plusieurs fois la convalescence de maniaques, de mélancoliques améliorés, mais qui restaient stationnaires, a marché rapidement en les rendant à leurs familles avec des bizarreries qui auraient pu arrêter d'autres praticiens. La règle dans cette matière a été le désir prolongé des malades de revoir leurs parents, leur maison.

Il y a des cas où l'isolement est nettement indiqué, il y en a d'autres où ce moyen est douteux et peut être nuisible. En général, quand la folie n'a rien de dangereux pour le malade et pour la société, lorsque les affections ne sont point brisées, que les liens de la famille existent, que le malade s'acquitte de ses devoirs, qu'il éprouve une répugnance extrême pour la maison de santé, on doit le traiter chez lui, et plus d'une fois on est assez heureux pour obtenir la guérison.

Lorsque l'isolement est jugé nécessaire, il faut bien faire comprendre aux parents qu'il ne s'agit pas seulement d'un changement de maison, mais d'une séparation complète, afin de déterminer dans les esprits une sorte de révolution. Ce qui rend presque impossible le traitement dans les familles, c'est que les aliénés sentent qu'on n'osera les contraindre, ou que de guerre lasse on cédera. Ils connaissent l'empire qu'ils ont sur leurs proches et ils en abusent. Transférés dans les maisons de santé, ils sont entourés de gens nouveaux pour eux, ils ne tardent pas à s'apercevoir qu'il règne un ordre et une discipline auxquels chacun est astreint. Ils voient très bien qu'on punit ceux qui contreviennent aux ordres, et ils s'y conforment. C'est en petit l'image de la société. Dès que les malades savent que le directeur est un homme ferme, mais juste, ils se le tiennent pour dit, et si, derrière lui, ils se dédommagent de l'obéissance par les paroles, ils n'en suivent pas moins les règles de l'établissement.

Il est quelquefois indispensable de prendre des mesures rigoureuses; dans les maisons particulières elles sont impraticables, et cependant elles ont souvent suffi pour vaincre les plus mauvaises dispositions. Il y a longtemps qu'on a fait la remarque que les maisons d'aliénés étaient de petits mondes; lorsque les rênes sont tenues d'une main ferme, tout marche avec une régularité parfaite, et chacun s'emploie pour la maison dans la mesure de son intelligence.

L'isolement, trop tôt rompu, peut avoir les suites les plus déplorables, et pour notre part nous avons vérifié la justesse des observations de Pinel et d'Esquirol sur les rechutes et l'incurabilité des malades, lorsque les entrevues avaient été accordées à l'obsession et à la fatigue. Il y a d'ailleurs un moyen de concilier la sollicitude des parents avec les nécessités du traitement, c'est d'avoir une sorte de belvédère, de pavillon grillé, d'où l'on puisse voir sans être vu.

Deuxième section. — Moyens pharmaceutiques dans la période aiguë. — Lorsque la folie se montre pour la première fois, et qu'elle offre les symptômes de la période aiguë, on est dans l'habitude de pratiquer une saignée. On pense qu'elle convient surtout chez les maniaques, les monomanes à idées gaies, et en général chez tous les fous qui présentent des signes évidents de congestion. Elle doit être répétée selon les forces du malade. Le plus ordinairement on a recours à la saignée du bras; mais lorsqu'il y a céphalalgie opiniâtre, suppression de quelques flux, la saignée du pied doit être préférée. L'application des sangsues, des ventouses, offre aussi de grandes ressources; elle doit être subordonnée à certaines indications, comme la suppression des règles, des hémorrhoïdes. Tel était l'état de la science, lorsque M. Brierre lut à l'Académie de médecine, en décembre 1846, un mémoire sur *l'Emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie et en particulier de la manie.* Ce mémoire, qui a été imprimé dans le tome XIII des *Mémoires* de ce corps savant, se résume par les conclusions suivantes : 1° Toutes les formes aiguës de la folie et de la manie en particulier peuvent être guéries dans un espace de temps compris entre une et deux semaines. 2° Le traitement à employer pour obtenir ce résultat consiste

dans les bains prolongés et les irrigations continues. 3° La durée des bains doit être, en général, de dix à douze heures; elle peut être prolongée quinze et dix-huit heures. 4° Les irrigations qu'on associe aux bains, doivent être continuées pendant toute leur durée; on peut les suspendre quand le malade est tranquille. 5° Lorsque les malades ont pris huit ou dix bains sans amélioration marquée, ou qu'ils maigrissent rapidement dès les premiers bains, et que leurs traits s'altèrent, il faut les cesser; on pourra plus tard les reprendre. 6° Les bains doivent être donnés à la température de 28 à 30° centigrades, et les irrigations à celle de 15°. 7° De toutes les formes de la folie, celle qui cède le moins à l'action des bains prolongés et des irrigations est la manie aiguë; viennent ensuite le délire aigu simple, le délire des ivrognes, la manie puerpérale et les monomanies tristes avec symptômes aigus; mais dans plusieurs de ces formes, les guérisons ne sont ni aussi rapides, ni aussi constantes que dans la manie aiguë. 8° La période de convalescence doit être surveillée avec soin, parce que les rechutes ne sont pas rares, lorsque les individus sont trop brusquement exposés à l'influence des causes qui ont amené la maladie. 9° La manie ancienne ou aiguë prolongée, la manie chronique avec agitation, ont été améliorées, mais n'ont point guéri. 10° D'après les faits contenus dans le mémoire, on peut affirmer que les guérisons des formes aiguës de la manie sont plus nombreuses et plus promptes par les bains prolongés et les irrigations que celles obtenues par les autres méthodes. 11° L'emploi des bains prolongés n'est point nouveau dans la science; mais jusqu'à présent, cette méthode, d'une application facile, et qui peut être essayée partout, n'avait point été formulée dans les cas de l'espèce. (Voir aussi le mémoire de Léopold Turck *Sur la nature de la folie et sur le traitement à lui opposer*, Paris et Plombières, 1845; et le *Rapport* fait sur ce travail, *Revue médicale*, novembre 1846, p. 379.)

Le nombre des faits rapportés dans ce mémoire s'élevait à 72. Sur 35 individus atteints de manie aiguë, 33 ont guéri, 1 a résisté au traitement, 1 est mort. Les 11 cas de *delirium tremens* ont tous guéri; c'est, au reste, ce qu'on observe par la méthode expectante et par l'opium. Les 10 cas de monomanie avec agitation, et dont plusieurs présentaient de la tendance au suicide, ont tous eu une terminaison favorable, mais trois ont éprouvé des rechutes.

Dans l'exaltation maniaque, qui diffère de la manie par des nuances que les praticiens connaissent, les faits, au nombre de 10, ne se sont pas tous terminés par la guérison : deux n'ont été qu'améliorés, et un n'a pas guéri; tous les autres cas, au nombre de 6, ont cédé au traitement, à l'exception d'un malade qui avait une exaltation maniaque chronique, et dont l'état est resté le même.

Plusieurs de ces malades ont été vus par MM. Pariset, Rayer, Behier, et par beaucoup d'autres médecins. Depuis cette communication, la méthode a été appliquée sur 15 autres malades et sur plusieurs autres en ville; elle a obtenu les mêmes succès. Nous avons seulement constaté trois rechutes dans les convalescences, parce que les individus ont voulu s'en aller au bout de six à huit jours (1).

Dernièrement M. Brierre a traité en ville, avec M. Danyau, une manie puerpérale qui, après n'avoir été que momentanément soulagée par les purgatifs, a été guérie après le troisième grand bain. Nous croyons donc que ce médecin a fait faire un progrès à la thérapeutique des maladies mentales, et que ce moyen, qui épargne au cerveau de longues convulsions, et par conséquent un ébranlement dangereux, n'enlève aucun élément important à l'économie, et deviendra d'une application plus générale à mesure qu'il sera mieux connu.

L'eau, sous toutes les formes, est,

(1) Consultez sur ce sujet le mémoire lu, par M. Brierre, le 14 février 1848, à l'Académie des Sciences, et ayant pour titre : *Nouvelles observations pour servir à l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie et en particulier de la manie*, inséré dans la *Revue médicale* de septembre 1848.

sans contredit, un des agents thérapeutiques les plus indiqués. L'utilité des bains est incontestable ; il est peu d'aliénés qu'ils ne soulagent ; quelques idiosyncrasies n'en retirent point d'avantages. Les bains tièdes sont ceux qu'on administre le plus souvent. Mélampe, après avoir prescrit l'ellébore aux filles du roi Prætus, les fit baigner dans une fontaine d'eau chaude, et l'histoire dit qu'il les guérit ainsi de leur délire. (*Histoire philosophique de la médecine*, E. Tourtelle.) Lorsqu'il y a de la chaleur à la tête ou de la céphalalgie, on recommande de mettre des compresses d'eau froide sur le front ou trempées dans l'eau vinaigrée. Les irrigations continues rendent les mêmes services et sont bien autrement faciles à employer dans les folies agitées. Les affusions froides sont beaucoup moins usitées, et il est certain qu'elles sont quelquefois suivies d'une vive réaction, ou d'un collapsus profond ; mais elles ont été utiles dans certaines folies à forme ataxique, ou lorsqu'il existait de la stupeur, de l'abattement. L'usage des douches est aujourd'hui singulièrement restreint, on ne les prescrit plus guère que quand il s'agit d'infliger une punition, ou comme moyen auxiliaire dans le traitement moral de M. Leuret ; nous croyons cependant que les douches en arrosoir devraient être d'un usage plus fréquent. Dans ces derniers temps, M. le professsur Rech a cherché à apprécier les effets de la douche d'une manière plus rigoureuse qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Suivant lui, ce médicament produit trois effets immédiats : le refroidissement de la tête, un choc sur la voûte crânienne, et la gêne de la respiration. La douche agit alors moralement, mais elle a aussi un effet dynamique d'une manière générale ; on peut dire qu'elle a une action prompte et forte dans les aliénations mentales avec exaltation, tandis que son action est lente à observer dans les aliénations mentales avec concentration. (*De la douche et des affusions d'eau froide sur la tête dans le traitement des aliénations mentales*, Montpellier, 1846.)

Dans ses visites successives aux établissements d'aliénés de l'Italie, de l'Allemagne, de la Belgique, de la Hollande et de l'Angleterre, M. Brierre n'a point trouvé que les bains fussent d'un usage bien général. A Bethlem et à Saint-Luke, il y avait une baignoire par étage, et tous les malades, au nombre de plusieurs centaines, étaient en traitement. Les bains sont plus fréquemment employés dans les établissements particuliers. On a beaucoup vanté les bains froids dans ce pays ; ils ne doivent pas être prescrits indifféremment. L'hystérie, la nymphomanie, l'érotomanie, l'excès des plaisirs des sens, en réclament plus spécialement l'emploi, mais il faut les surveiller avec soin; l'expérience nous a appris que le refroidissement progressif était bien préférable à l'usage subit du froid. On a beaucoup vanté le bain par surprise. En ne perdant pas de vue les guérisons obtenues par une grande commotion, on comprend qu'il ait pu être quelquefois utile ; un exemple ancien, emprunté à Willis, est rapporté dans le *Mémoire sur le délire aigu ;* il faudrait être bien sûr de soi pour y recourir.

Les manuluves et les pédiluves sont des moyens accessoires.

L'embarras gastrique, l'état de la langue, la constipation, qui se remarquent si fréquemment dans l'aliénation, ont de tout temps suggéré l'idée des purgatifs. L'ellébore jouissait d'une réputation immense dans l'antiquité. La méthode purgative convient dans les embarras intestinaux, dans les monomanies tristes, dans l'état de stupeur, quand les malades n'ont pas été depuis longtemps à la garde-robe, surtout dans la paralysie générale, dans les folies par suite de couches, au début des formes aiguës de la folie, quand celles-ci revêtent l'aspect typhoïde. Il est quelquefois nécessaire d'augmenter la dose des purgatifs ; les plus employés parmi ces médicaments sont l'émétique en lavage, le sulfate de soude, l'eau de Sedlitz, l'huile de croton tiglium. La médication qui a le mieux réussi à M. Brierre et qu'il a employée chez des centaines de malades. est le calomel seul ou uni à l'émétique. Il donne le premier à la dose de 20 à 30 centigram., et le second à celle de 10 à 15 centigrammes. La poudre est mêlée aux aliments, lorsque la maladie est aiguë, que les individus croient qu'on veut les empoison-

ner, qu'ils manifestent de la défiance ou flairent les aliments et les rejettent quand ils ont une saveur qui ne leur convient pas. On répète deux ou trois fois la dose, s'il est nécessaire. Quant au calomel seul, ce médecin l'a souvent administré sept, huit, dix jours de suite, à la dose de 10 à 15 centigrammes. La salivation ne s'est pas manifestée plus de quatre fois d'une manière sensible; dans les autres cas elle a été peu appréciable. Dans une circonstance, il est survenu une gangrène de la bouche chez une femme en démence, qui marchait jour et nuit depuis dix ans, avait le faciès jaunâtre. La mort en fut la terminaison. Les lavements, beaucoup moins énergiques, ne doivent pas être négligés.

Lorsque ces différents moyens ont été prescrits sans succès, on peut recourir aux révulsifs cutanés; les vésicatoires, les moxas, les sétons, sont d'un usage très général. L'application des vésicatoires est surtout indiquée, lorsque la folie survient après la suppression d'une maladie de la peau, dans les aliénations puerpérales, dans les folies avec stupeur, dans les mélancolies profondes, dans la monomanie suicide. M. Voisin assure s'être bien trouvé dans ce dernier cas de l'emploi de deux larges vésicatoires aux jambes. On a dit qu'il ne fallait pas les placer trop près de la tête. Dans les mélancolies, la nuque nous a paru le véritable lieu d'élection. Les cautères et les moxas conviennent encore dans le cas de suppression de maladie cutanée, dans les anomalies de la menstruation, à l'époque critique. On a plusieurs fois placé les moxas le long de la colonne vertébrale, dans l'affaiblissement des extrémités inférieures, mais sans utilité. Le cautère transcurrent, vanté en Italie, n'a rendu aucun service; c'est cependant un moyen à étudier de nouveau. De tous ces agents, le séton est l'un des plus puissants; on l'emploie dans les cas de stupeur, d'anéantissement, d'oubli de soi-même, d'apathie. Une jeune dame tombait à chaque instant dans un état cataleptique; tous les remèdes avaient été palliatifs: le séton fit cesser comme par enchantement ce singulier phénomène. Le séton a paru convenir aussi dans les céphalalgies violentes, dans les folies qui annoncent un commencement d'affaiblissement, dans celles où il y a légèreté et mobilité dans les idées, dans les folies tristes avec tendance au suicide, dans les complications d'épilepsie et de paralysie. Plusieurs fois il a été utile, quand il y avait disposition héréditaire. Bien appliqué, il peut rendre les plus grands services. Ce médecin a recueilli plusieurs observations de retour à la raison, au bout de quelques jours d'application du séton, chez des individus en apparence insensibles, apathiques, immobiles. Ce moyen a surtout réussi dans plusieurs cas de paralysie générale.

Les frictions, très employées par les anciens, peuvent être avantageuses. Boërhaave dit que les frictions, faites avec plus ou moins de douceur sur le sommet de la tête, sont parfois capables de calmer les transports furieux des maniaques. Le professeur Guislain recommande les frictions stibiées dans la folie qui succède à la disparition d'une affection de la peau. Les frictions sèches avec une brosse douce sur les extrémités nous paraissent mériter la préférence, dans les folies tristes où la circulation paraît peu active, où les individus sont presque immobiles.

Les boissons qu'on fait prendre dans la période aiguë sont mucilagineuses, rafraîchissantes, acidules; lorsqu'il y a constipation, elles seront légèrement laxatives. La diète est, en général, une mesure nécessaire au début de la maladie, surtout dans la manie, quand il existe un mouvement fébrile, une sécheresse de la peau, de la soif, de la fétidité dans l'haleine; elle ne doit pas être continuée aussi longtemps que dans les autres maladies aiguës.

Les anciens avaient fréquemment recours à l'opium dans la folie; il pourrait être prescrit chez les individus dont le système nerveux est très affecté. A l'instar de Dupuytren, M. Brierre a donné le laudanum en lavement à la dose de quatre à huit gouttes, lorsque le malade était calme, mais ne dormait pas: quelquefois ce moyen a été couronné de succès; mais il a obtenu des effets plus marqués des bains de trois à quatre heures, donnés l'après-midi; l'aliéné y prenait son der-

nier repas et se couchait ensuite. En Italie, et surtout en Piémont, on cite quelques guérisons obtenues par les bains rendus narcotiques par une forte infusion de jusquiame, de belladone, etc. Dans le Nord, on donne ce médicament lorsque la monomanie est caractérisée par des pleurs continuels, des soupirs. Hodgkin l'a prescrit avec succès dans deux cas de mélancolie suicide. L'opium est surtout administré dans la folie des ivrognes et dans le délire des blessés. Van-Swieten rapporte l'observation d'une fille maniaque, qui revint à la raison après avoir avalé par mégarde un mélange d'un scrupule d'opium dans du vinaigre. M. Brierre de Boismont a communiqué à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 2 mars 1849, quelques réflexions sur l'emploi des opiacés dans l'aliénation mentale; il a fait voir que cette méthode était très répandue en Angleterre et en Amérique. Les faits cités par les docteurs Seymour et Forbes, Winslow, montrent que des guérisons ont été souvent obtenues dans les monomanies tristes, dans celles à forme démonomaniaque avec agitation, cris; dans les folies puerpérales, la prescription la plus suivie est l'hydrochlorate de morphine à la dose d'un quart de grain, d'un demi-grain et même d'un grain. L'usage doit en être continué longtemps. On a également rapporté plusieurs observations d'aliénés qui ont été guéris par les préparations opiacées. Les cas où ce médicament lui a paru convenir sont la manie chronique, la monomanie simple ou avec hallucinations, la démence aiguë. Il y a des recherches à faire sur la digitale, la jusquiame, la belladone, le camphre, le musc, l'électricité et le galvanisme. Guislain, dans son *Traité des aliénations mentales* et dans ses *Phrénopathies*, est entré dans des détails fort intéressants sur l'action de ces différentes substances. Le magnétisme a été employé autrefois à la Salpêtrière par M. Pariset; il n'a donné lieu à aucun résultat satisfaisant. Sans opinion préconçue contre cet agent, nous l'avons expérimenté: il nous a confirmé dans l'opinion émise par un médecin célèbre, que les expériences magnétiques doivent être faites en public. Deux fois, nous avons donné nos soins à des femmes dont le magnétisme avait eu pour résultat d'augmenter la maladie.

M. le docteur Carrière, dans deux bons Mémoires sur l'emploi de l'acétate d'ammoniaque, sur la diffusion et les médicaments diffusibles dans le traitement des maladies nerveuses, a présenté des considérations pleines d'intérêt sur la thérapeutique des agents modificateurs du système nerveux. (*Annales médico-psychologiques*, 1846 et mai 1847.)

Le quinquina a paru utile dans la véritable intermittence; nous n'en avons tiré aucun parti dans des folies chroniques régulièrement périodiques et dans les rémissions qui simulent l'intermittence.

Lorsque la folie est entée sur un type intermittent, et qu'elle n'est qu'un symptôme ou qu'un épiphénomène de cet état, l'administration du sulfate de quinine est utile; il en est souvent de même au début des aliénations mentales avec type intermittent.

Rasori a cité le fait curieux d'un individu qui fut guéri d'une sorte de démence par le mercure. L'année suivante, à l'époque de son aliénation, il fut pris d'une salivation abondante; la raison resta intacte.

Les toniques ont souvent procuré de bons effets, lorsqu'ils étaient convenablement administrés. M. Brierre a constaté l'utilité de cette médication dans le délire des ivrognes. On amène chaque année dans ses établissements bon nombre d'aliénés par suite d'abus des liqueurs. Beaucoup guérissent par le seul régime, quelques uns par les bains avec affusions ou irrigations, d'autres par l'opium; mais, chez un certain nombre d'entre eux, la privation du vin, de l'eau-de-vie, ne tarde pas à être suivie d'une hydropisie qui se manifeste aux extrémités inférieures, gagne le tronc, les membres, la face, résiste à tous les moyens pharmaceutiques et ne cède qu'à l'emploi rationnel de la cause qui a produit la perte de la raison. (Brierre de Boismont, *De l'Hydropisie chez les aliénés buveurs, et de sa guérison par l'usage modéré du vin et de l'eau-de-vie*, *Gazette des hôpitaux*, août 1844.)

On pourra consulter avec fruit le traitement de la folie, que le docteur John M. Galt a publié, en 1846, à New-York. Cet ouvrage, qui est une analyse consciencieuse et détaillée des méthodes de traitement employées par les divers médecins américains, anglais, français, allemands, etc., contient des faits nombreux à l'appui des médications préconisées par les auteurs. (*The treatement of insanity by Jonh M. Galt*, in-8, New-York, 1846.)

L'ouvrage de sir Alexander Morison sur la folie (*Outlines of lectures on the nature, causes and treatement of insanity*, London, 1848) résume bien l'état des connaissances en Angleterre, mais n'indique aucun travail spécial propre à l'auteur, et omet un grand nombre de mémoires publiés à l'étranger.

Troisième section.— Traitement moral. Des moyens moraux dans la période de convalescence. — Le traitement moral, d'une influence si réelle et si grande, ne peut offrir de chances certaines de succès, qu'autant que le malade est entré en convalescence, ou que les symptômes physiques ont perdu de leur acuité; sans doute, la science possède des observations d'individus qui ont guéri dans la période aiguë et chronique par les moyens moraux; mais ces faits sont rares. La direction à donner aux passions, leur emploi, exigent un affaiblissement marqué de l'excitation cérébrale. La cure morale de la folie est, sans contredit, le point capital du traitement, celui qui fait des médecins aliénistes une classe à part. Il ne s'agit point de ces consolations banales qu'on prodigue si souvent comme des formules tout apprises; mais bien de l'art fort difficile de combattre les passions par les passions, en opposant aux penchants désordonnés, emportés, vicieux, des inclinations plus tranquilles, des penchants meilleurs, en substituant d'autres idées à celles qui font le tourment des malades. Le choix judicieux des moyens moraux exige de la part des médecins une grande habileté et une connaissance parfaite du cœur humain, surtout dans les classes éclairées. L'homme du monde conserve dans ses maux ses habitudes et ses goûts; comment s'insinuer dans ses bonnes grâces, s'il ne retrouve dans le médecin qui l'approche les usages et le ton de la bonne compagnie, et si celui-ci, par l'étendue et la variété de ses connaissances, ne lui donne une opinion favorable de sa personne? C'est à l'aide d'une pareille conduite qu'il parvient à s'emparer de l'esprit de son malade. En vivant dans sa familiarité, il étudie, sans affectation, ses penchants, ses goûts, ses faiblesses mêmes; l'habitude de se voir, de causer ensemble, de mieux s'apprécier, amène nécessairement cette confiance si indispensable pour la cure des maladies nerveuses. Une fois introduit dans la place, le médecin en connaît le fort et le faible; il sait quand il convient de parler avec fermeté, d'abonder dans le sens du malade; de le contrarier, de lui adresser des reproches; il sait mieux que personne calmer son imagination exaltée, détourner son attention concentrée sur ces objets, réveiller ses sensations affaiblies, et surtout faire briller de temps en temps à ses yeux le flambeau de l'espérance. A force de répéter continuellement et avec adresse les mêmes choses, il finit par produire une impression durable sur son esprit. Faisons l'application de ces préceptes. Un soldat suisse, nostalgique, est atteint de consomption à l'hôpital de Gand; tous les moyens sont infructueux. On lui promet son congé, avec cette restriction qu'il ne pourra l'obtenir qu'après son entier rétablissement. Sa guérison est prompte et rapide (Guislain, *Phrénopathies*). Une jeune personne accouche dans le délire; son enfant lui est soustrait. Amenée presque aussitôt dans une maison de santé, on ne peut obtenir d'elle aucun renseignement, toutes ses paroles sont incohérentes. Au désordre maniaque des idés succède une mélancolie profonde. On fait naître habilement dans son esprit l'espoir de retrouver son enfant. A peine cette idée lui est-elle suggérée, qu'elle veut se mettre en route: nous la suivons, bien persuadés qu'elle ne saura où diriger ses pas. A l'étonnement général, l'instinct maternel la guide au milieu du dédale des rues vers le lieu même où ses couches se sont faites: C'est ici, s'écrie-t-elle, en frappant à la porte même de l'appartement; mon enfant, qu'on me donne mon enfant, je le veux. Elle obtient les renseignements qu'elle

demandait, et l'intelligence lui est tout à fait rendue. L'auteur de la comédie *des Aristocrates* a raconté cette anecdote avec son talent habituel dans le livre des *Cent et Un*. Fleury rapporte, dans ses Mémoires, que le célèbre Préville, de la Comédie-Française, devint sujet, lors de la révolution, à une monomanie caractérisée par une extrême frayeur. Il se croyait dénoncé, prêt à paraître devant le tribunal révolutionnaire, et sur le point d'être condamné à mort. Ses amis imaginèrent de simuler un tribunal devant lequel il comparut; après les plaidoiries, les réquisitoires, le prétendu jury acquitta Préville. La guérison du grand comédien fut le résultat de ce moyen hardi. Lorsque l'aliénation dépend d'un amour malheureux, le mariage peut guérir; mais si l'érotomanie est un symptôme de la maladie, un pareil conseil serait dangereux. Le père de Frank fut consulté pour une jeune personne qu'on disait folle par amour. Ce médecin recommanda le mariage; il fut célébré : la malade recouvra la raison, mais ce fut pour abhorrer celui qu'elle n'avait aimé que dans son imagination déréglée. La crainte peut être employée comme moyen curatif; il faut alors redoubler de précautions, car les passions tristes ont une fâcheuse influence sur le physique et le moral. Langerman a cité, dans sa thèse, l'observation d'une femme qui prétendait que son fils avait été assassiné. La présence de ce jeune homme ne pouvait la convaincre de son erreur. On lui annonce que son fils au désespoir va mourir; cette triste nouvelle opère aussitôt en elle un brusque changement, elle ne pense plus qu'au moyen de le guérir, et le retour de la raison est le fruit de cette nouvelle direction d'idées. Le plus ordinairement, il faut agir avec prudence et lenteur; quelquefois cependant la secousse doit être brusque.

Les préceptes que M. Brierre établissait il y a dix ans paraissent aussi applicables aujourd'hui qu'ils l'étaient alors : aussi les reproduisons-nous en entier, en y ajoutant toutefois une modification importante signalée par ce médecin, sous le titre *De l'influence de la vie de famille*, et qui doit être regardée avec le traitement des formes aiguës de la folie par les bains prolongés et les irrigations continues, comme deux progrès importants dans la thérapeutique des maladies mentales.

Frappé de l'action incessante que le médecin et sa famille exercent sur les aliénés au milieu desquels ils vivent, l'auteur a pensé que cette action serait encore plus marquée si l'aliéné était toujours en contact avec ceux qui le dirigent. C'est dans cette conviction qu'il n'a pas hésité à prendre dans son intérieur, et jusque dans ses propres appartements, les aliénés mélancoliques, assiégés d'idées tristes; les monomanes suicides; ceux qui se croient damnés, coupables, poursuivis; les maniaques convalescents. Que de fois a-t-on vu ces malades qu'aucun raisonnement ne pouvait convaincre, contre lesquels l'intimidation était venue se briser, être entamés peu à peu par le mouvement des visiteurs, les conversations d'affaires, les entretiens de toute nature, la variété des personnes et des choses. Cette vie active, secondée par une volonté ferme et bienveillante, a souvent amené des guérisons qui n'auraient pu être obtenues par aucun autre moyen. C'est ici surtout que le concours d'une femme est d'un avantage inappréciable. On ne saurait assez recommander aux médecins qui se destinent au traitement des aliénés d'apporter un grand soin dans le choix de leur compagne, car elle peut rendre les plus grands services à l'établissement, et il en est qu'elle seule peut rendre. Les avantages de la vie de famille, surtout pour les monomanes tristes, sont trop évidents pour que nous y insistions plus longtemps; il en est un qui frappera plus spécialement tous les esprits judicieux; pour appliquer cette partie du traitement moral, il ne faut point des qualités supérieures : un esprit droit, bon et juste y réussira très bien. L'homme de génie obtiendra quelques guérisons brillantes; l'homme bienveillant, qui considérera les aliénés comme des enfants qui lui sont confiés et ne les quittera pas d'un instant, aura des guérisons moins brillantes peut-être, mais plus fructueuses et à coup sûr plus nombreuses. Depuis plus de six ans que ce traitement est mis en usage dans l'établissement de M. Brierre, les familles et

les médecins en ont pu apprécier les résultats ; mais il faut rendre justice à qui de droit, c'est la femme qui a la plus grande part dans ce traitement. Le caractère de l'homme n'est pas assez maître de lui-même pour garder des aliénés huit ou dix heures par jour auprès de lui. On voit par là comment ce médecin entend le traitement moral. Nous avons dû entrer dans quelques détails à ce sujet pour qu'on comprenne bien les différences qui existent entre cette méthode et celle d'un médecin dont les opinions ont eu un grand retentissement.

Il y a quelques années, M. Leuret, dans un ouvrage remarquable qui a pour titre : *Du traitement moral de la folie*, après s'être livré à un examen critique de tous les travaux de ses devanciers, établit que ces médecins n'avaient considéré les moyens moraux que comme un auxiliaire du traitement, et que si quelques uns d'entre eux les avaient plus particulièrement recommandés, ils ne les avaient mis en usage que dans la convalescence. L'erreur de ces praticiens provient de ce qu'ils avaient voulu combattre des idées fausses par des remèdes, tandis qu'il fallait les attaquer par des objections. Un homme se trompe, dit M. Leuret ; attaque-t-on son erreur par des remèdes ou par des objections ? par des objections. Faisons de même avec les aliénés, car les aliénés sont des hommes qui se trompent. En lisant les observations contenues dans le livre du médecin de Bicêtre et racontées avec un véritable talent, on voit que les douches, les privations, les paroles dures, les apostrophes brusques, les vexations, le harcellement quotidien forment la base du traitement dans les cas nombreux où les malades défendent opiniâtrément leur idée. C'est cet ensemble de moyens qui avait fait dire que le mot *intimidation* convenait beaucoup mieux que celui de *traitement moral*, et certes il n'y avait là aucun blâme de notre part. Dans notre opinion, ce système était une véritable conquête de l'art, mais il avait le tort d'avoir été trop généralisé, et c'est par là qu'il a prêté le flanc aux critiques. On s'est beaucoup exagéré d'ailleurs les effets de l'intimidation, et, en cette circonstance, comme dans d'autres, les philanthropistes ont étalé leur sensiblerie d'apparat qui avait l'inconvénient de porter à faux. Il est des cas assez nombreux, en effet, où l'intimidation est nécessaire, où elle fait partie du traitement, et dans lesquels les malades lui ont dû la vie et la raison. M. Brierre a eu souvent l'occasion de traiter des aliénés qui voulaient se laisser mourir de faim ; ce malheur lui est rarement arrivé depuis qu'il a mis les individus aux prises avec une douleur qui les a fortement impressionnés. Ce sujet étant neuf dans la science, nous croyons devoir rappeler ici la courte notice qu'il a insérée dans un journal.

Nourrir l'aliéné qui veut se laisser mourir de faim est sans doute un point important ; mais ce n'est pas tout, car il n'est pas rare de voir des individus qui sont ainsi alimentés depuis six semaines, deux mois, sans que la volonté ait été aucunement modifiée. C'est ce que ce médecin a observé à la Salpêtrière, chez l'une de ses anciennes clientes, dans le service de M. Baillarger, lorsque M. E. Blanche y était interne. Il a pensé que si l'on pouvait triompher dès le début de la perversion de l'instinct, on obtiendrait un résultat bien autrement avantageux que si l'on se contentait de nourrir le monomane. Mais, pour cela, il fallait un moyen énergique, vigoureux, puissant, à la hauteur de l'opiniâtreté de l'aliéné ; il l'a tenté sans être arrêté par ces considération que la philanthropie de nos jours est si habile à faire valoir.

Voici le procédé qu'il emploie. Il prévient le malade qu'il va être obligé de recourir à un traitement douloureux qui lui cause une peine extrême, mais que sa conscience ne lui permet pas de laisser périr un homme qu'on peut sauver malgré lui. Quelques uns cèdent momentanément, le plus grand nombre résistent ; il fait camisoler le patient, qu'on assujettit dans un fauteuil de force ; il introduit la sonde par les fosses nasales jusqu'à ce qu'elle soit arrivée dans l'arrière-bouche, il ne cherche point à la faire pénétrer dans l'œsophage, parce que ce n'est pas le dessein qu'il se propose ; il fait fermer la bouche par un aide ; un autre applique les doigts sur la narine restée libre, et il verse le bouillon, le tapioka, etc., à l'aide d'un entonnoir. Le malade fait tous ses

efforts pour ne pas avaler ; mais en cherchant à respirer, il est contraint de pratiquer la déglutition. Dès que l'entonnoir est vide, M. Brierre laisse respirer l'aliéné quelques instants, et il recommence à verser. Il y a ici une véritable lutte, des symptômes d'asphyxie commençante, un aspect capable d'effrayer; mais il y a aussi presque certitude de succès, car la plupart de ces aliénés cèdent à la première épreuve, et affrontent rarement la seconde, surtout si on n'a pas temporisé. Il y a plus, la terreur de la sonde agit quelquefois comme une véritable révulsion morale, et les malades sont, non seulement guéris de leur perversion instinctive, mais encore de leur folie. Le même auteur a cité à la Société de médecine de Paris le fait d'une jeune fille qui voulait se laisser mourir de faim, parce que tout ce qu'on lui donnait lui paraissait recouvert de sperme humain. La sonde, comme il l'emploie, la guérit en quelques jours. (*Sur l'alimentation forcée des aliénés*, dans *l'Union médicale*, 25 juillet 1848.)]

Si l'alimentation forcée, comme ce médecin la comprend, paraît dans plusieurs cas le seul moyen applicable, parce qu'elle a l'avantage incontestable de détruire la cause, il s'empresse de reconnaître que les sondes de MM. Baillarger, Marchant, Émile Blanche sont réellement utiles lorsqu'on est contraint d'alimenter les malades. On lira avec intérêt la thèse qu'a soutenue sur ce sujet ce dernier médecin (septembre 1848). Le mandrin articulé qu'il a inventé présente un avantage réel.

L'emploi des bains prolongés est un moyen pénible et douloureux pour quelques malades. M. Brierre ne s'est point ému de leurs plaintes, parce qu'il avait la conviction qu'il hâterait ainsi la guérison. Il n'a jamais hésité à revenir aux mesures coercitives quand il pensait qu'elles étaient nécessaires à l'aliéné. L'intimidation est donc une ressource puissante dans le traitement des maladies mentales, mais il faut que les cas soient précisés.

Quant aux attaques dirigées contre cette méthode, c'est le sort de tous les perfectionnements ou découvertes en thérapeutique. Qui ignore qu'elles partent de ceux qui ont un intérêt direct dans la question. On peut faire des objections au système de M. Leuret. La série des moyens préconisés par ce médecin exige beaucoup de fermeté, de sagacité, une grande souplesse d'esprit, une connaissance approfondie des opérations de l'intelligence, de l'histoire des passions et des penchants, c'est-à-dire une réunion de qualités qu'on voit rarement dans le même homme, et cependant, sans ce concours, on n'aura que des mécomptes. D'un autre côté, il se rencontrera des esprits ardents, exagérés, mal organisés, qui outreront le système et justifieront jusqu'à un certain point les reproches adressés à cette méthode. Ce sont ces remarques qui ont fait dire à M. Brierre que si ce mode de traitement avait obtenu de beaux résultats avec M. Leuret, il était à craindre qu'il n'en fût pas toujours ainsi dans des mains moins expérimentées que les siennes, mais qu'il n'hésiterait pas à le mettre en usage toutes les fois que les cas lui paraîtraient bien déterminés. (*Analyse du traitement moral de la folie*, par M. Leuret; *Gazette des médecins-praticiens*, 14 et 21 juin 1840.) Le médecin de Bicêtre a modifié ses premiers principes dans ses *Indications thérapeutiques pour servir au traitement moral de la folie.* Le point capital de cette nouvelle production est qu'il n'y a point de règles en pareil cas, mais seulement un tact médical.

Quelque importante que soit dans la cure morale de la folie la direction à donner aux passions, aux penchants, aux idées des malades, l'emploi des distractions n'est pas à dédaigner. Les réunions à table, dans les salons de conversation, les jeux, les causeries, la musique, la lecture, leur procurent d'agréables diversions.

On ne peut surtout se faire une idée de l'impression favorable que produit sur eux l'action bienveillante des femmes. Lorsqu'un établissement est assez heureux pour avoir une directrice bonne, affectueuse, ferme et juste, la physionomie générale de sa maison porte l'empreinte de ses qualités. On a beau faire des réglements, élever des édifices somptueux, les choses ne valent que par les hommes ;

c'est en aliénation comme en tout, au moins dans notre pays.

Parmi les distractions qui méritent une mention spéciale, les promenades, les voyages tiennent un rang important. Les promenades doivent avoir lieu de préférence dans les endroits agréables, éloignés de la foule, lorsque la chaleur est tombée ou dès l'aube du jour. M. Brierre a fait l'éloge des divisions d'aliénés qu'il avait rencontrées aux environs de Sonnenstein, à Pyrna, près de Dresde. Le docteur Klotz lui dit que depuis longtemps on était dans l'usage d'envoyer les aliénés convalescents, tranquilles, faire des exercices aux environs de l'établissement. (*Gaz. méd.*, note *Sur l'établissement de Pyrna*, 1831.) Les voyages ont été recommandés de tout temps. Aux extrémités de l'Égypte, il y avait deux temples dédiés à Saturne, où les mélancoliques et les hypochondriaques de cette époque étaient envoyés en grand nombre. Esquirol a beaucoup expérimenté ce moyen, et il est peu de jeunes médecins, ses élèves, qui n'aient eu mission d'accompagner des malades. Le choix du pays n'est point indifférent. En général, il faut préférer celui qui, par la beauté de ses campagnes, le grand nombre de ses monuments, la richesse de ses collections artistiques, la magnificence de ses phénomènes naturels, la multitude et la variété de ses villes, peut faire naître continuellement de nouvelles sensations. Les voyages ne sont pas seulement utiles par les distractions qu'ils causent; mais les fatigues de la route, les secousses de la voiture, la vivacité de l'air, sont autant d'agents puissants qui modifient l'organisation. Les eaux minérales ont été aussi préconisées dans certaines aliénations. On a surtout vanté dans l'hypochondrie les eaux de Carlsbad. Il ne faut pas cependant attribuer aux voyages plus d'influence qu'ils n'en ont réellement: nous avons entendu des malades dire à leur médecin : C'est pour vous que vous voyagez, tout cela ne nous intéresse pas; c'est de la fatigue, et rien de plus. Dans un de ces cas même, si une passion puissante n'était venue à l'aide du médecin, le résultat eût pu être déplorable. Les voyages sur mer ont été recommandés; dans ce cas, le choix des malades n'est point indifférent; on s'exposerait à un grand danger, si l'aliéné avait de la tendance au suicide, s'il était maniaque, halluciné. Ces voyages sont quelquefois avantageux par les nausées et les évacuations alvines qu'ils déterminent, par la nature de l'air, par la nouveauté du spectacle.

On a senti de tout temps la nécessité du travail pour les aliénés; une occupation constante change la chaîne vicieuse de leurs idées, fixe les facultés de l'entendement en leur donnant de l'exercice, et maintient l'ordre dans les rassemblements nombreux. L'utilité du travail ne saurait être mise en doute, aussi a-t-elle été proclamée par Pinel; mais c'est M. Ferrus le premier qui, par la création de la ferme de Sainte-Anne, près Bicêtre, lui a donné de grands développements. Ellis, praticien sage, éclairé, s'était constamment occupé, pendant ses résidences à Wakefield et à Hanwell, de populariser ce moyen; il était parvenu, à force de zèle, à utiliser plusieurs centaines d'individus. Cette pensée féconde s'était emparée, il y a quelques années, de tous les esprits généreux; c'était à qui apporterait son innovation, à qui se montrerait le plus ardent dans cette noble mêlée. Pendant quelques instants, on put assister à des représentations théâtrales; entendre, au choix, des concerts ou des messes, suivre des cours de déclamation; le tout exécuté par des aliénés; mais ces nouveautés, qui avaient eu un extrême retentissement, disparurent, on ne sait trop comment, de la scène du monde, et furent remplacées par des occupations moins bruyantes, mais qui parurent généralement plus en harmonie avec la nature de la maladie et son amélioration. Les médecins de Bicêtre, de la Salpêtrière, de Saint-Yon et de plusieurs autres établissements de France, firent de nobles efforts pour employer le plus d'hommes possible aux travaux des champs, dans les ateliers de menuiserie, de serrurerie, de chaussonnerie, de confectionnements; les femmes, naturellement plus sédentaires, furent chargées des divers travaux de la couture; les plus en retard furent pourvues de rouets à filer. Enfin, désirant cultiver ou développer les facultés, on institua des classes de lecture, d'écriture, de calcul, de dessin et de musique. On ne saurait assez applaudir aux efforts

persévérants de ces honorables médecins, et nous nous empressons de déclarer que nous sommes resté pendant plusieurs heures dans les classes de MM. Falret et Parchappe avec un extrême plaisir.

Quand on compare le sort des aliénés avec ce qu'il était il y a trente ans, et il est des médecins qui se rappellent encore les bouges du grand hospice général de Rouen à cette époque, l'esprit le plus prévenu ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a eu une transformation complète; mais ceci posé, nous devons dire que les conséquences qu'on a tirées du travail pour la guérison des affections mentales ne nous paraissent pas aussi fondées. Nous avons suivi avec intérêt des malades réunies plusieurs heures par jour dans un atelier, travaillant avec assiduité, surveillant celles qui étaient dissipées ou qui ne voulaient pas s'occuper et leur donnant même une tâche; leur physionomie, leur air semblaient annoncer un retour parfait à la vie réelle; en les interrogeant, on retrouvait dans un coin de leur cerveau les idées d'ennemies, de magnétisme, de ruine, etc.; au lieu d'être bruyantes, extérieures, elles étaient calmes et intérieures. Dans la convalescence, le travail rend des services réels; dans les formes chroniques, il diminue l'ennui des journées, fait des établissements publics et particuliers un séjour plus supportable, crée des distractions, mais ne produit que peu de guérisons. Le travail n'est pas d'ailleurs d'une création aussi facile qu'on se l'imagine. Il est presque impraticable chez les gens riches ou chez ceux qui ont brillé dans le monde par leur esprit, leurs talents, leurs places. L'homme qui a vécu des années entières de la pensée ne s'habituera jamais au travail manuel. Il peut y avoir des exceptions, et on nous en a montré, mais elles nous rappellent le pauvre idiot d'Aversa, dont parle Gualandi, qui jouait du piano pour tous les étrangers; ceux-ci s'en allaient par le monde dire que tous les aliénés d'Aversa faisaient de la musique.

Nous aussi, nous comprenons l'utilité du travail; nous protestons seulement contre l'exagération et l'abus qu'on a voulu faire d'une chose excellente en elle-même. Il y a, d'ailleurs, une grave objection à faire au travail; si le résultat entre comme déduction dans les frais généraux, n'est-il pas à craindre qu'il se trouve des employés pour lesquels les aliénés ne soient plus que des machines productives?

4e *Section. — Traitement mixte dans la période chronique.* — Le petit nombre d'observations que nous avons rapportées prouve qu'il ne faut pas regarder la maladie comme tout à fait incurable, quoiqu'elle soit réputée chronique. Un médecin a fait la remarque qu'il n'est point de service d'hôpitaux où l'on ne trouvât parmi les aliénés des individus susceptibles de guérison, si on pouvait examiner tous les cas avec attention. Pour remédier à un pareil état de choses, nous engageons les chefs de service, outre la visite journalière, à consacrer par an deux ou trois jours à l'examen de tous les malades réputés chroniques, et quand ils ne rendraient qu'un sujet à la raison, ils seraient amplement dédommagés de leurs peines.

Les règles de traitement dans la période chronique ne peuvent avoir rien de fixe. Les bains, les exutoires, les purgatifs, sont les remèdes qui offrent le plus de chance. A Florence, le docteur Bruni était dans l'usage de traiter activement les malades pendant les cinq ou six premiers mois de leur admission; il les laissait ensuite entièrement tranquilles et n'employait plus que les moyens hygiéniques; quelquefois la guérison avait lieu. Il est incontestable que des individus guérissent par les seuls efforts de la nature, après un séjour de cinq à six mois, de deux et trois ans, et même plus, dans les établissements publics et particuliers. Cette terminaison heureuse peut être espérée, tant que le monomaniaque et le maniaque n'ont point d'affaiblissement dans les idées, de perte de mémoire, qu'ils ne sont point obsédés d'illusions, d'hallucinations, qu'ils n'ont point de troubles dans les organes digestifs. Jamais le malade chronique ne doit passer un seul jour sans visite du médecin, et les surveillants qui le gardent doivent avoir pour instruction de faire connaître les moindres changements qui surviennent dans son état. Une indication met quelquefois sur la voie, et la guérison est alors la récompense de ce zèle de tous les moments. C'est aux chroniques surtout que le travail doit être recommandé, ainsi que les pro-

menades et les distractions. On trouve dans l'ouvrage de M. Leuret un très bel exemple de la guérison d'un aliéné chronique, abandonné depuis longues années.

5e *Section.* — *Moyens hygiéniques dans toutes les périodes.* — Il n'y a pas de maladie où les secours de l'hygiène soient plus nécessaires que dans la folie. La pureté de l'air est une de premières conditions de la santé des aliénés. Aussi l'exposition mérite-t-elle une attention spéciale. Dans nos contrées le local doit être sec, bien aéré, au sud-est; dans les pays chauds, à l'est; dans les pays froids, au sud. Esquirol a soutenu que les asiles d'aliénés ne devaient avoir qu'un rez-de-chaussée. Dans son mémoire sur un projet d'établissement d'aliénés M. Brierre a combattu cette idée comme trop exclusive. M. Bonacossa, dans un travail statistique sur le *regio manicomio* de Turin, a soutenu les idées de ce médecin. Les malades et le service n'ont qu'à gagner à la distribution de l'édifice en deux étages. Quant aux maisons particulières, nous préférons de beaucoup les pavillons ou maisonnettes au milieu de jardins, aux galeries quadrangulaires inventées par Esquirol. Ce sujet offre assez d'intérêt pour que nous y revenions dans un article spécial. La nourriture n'est pas moins importante; mais si les malades doivent être bien nourris, quand la période aiguë est passée, il faut aussi surveiller, sous ce rapport, ceux qui ont une disposition aux congestions ou des symptômes de paralysie. Dans ce dernier cas, M. Brierre a adopté une mesure qui a prévenu les accidents de suffocation qu'on observe en pareille circonstance: les malades sont exclusivement nourris de potages et de viandes hachées dans lesquelles on émiette le pain. La distribution régulière des repas est partout établie, mais il est quelquefois nécessaire de donner dans les intervalles un peu de pain ou quelques aliments à certains aliénés qui se plaignent toujours d'avoir faim. Dans les pays catholiques, la viande doit être donnée cinq et six fois par semaine, et toujours aux vieillards, aux malades débilités. Un verre de vin pur de Bordeaux, après chaque repas, convient chez les aliénés débilités, avancés en âge; c'est un moyen qui est plus utile que les meilleurs médicaments.

Le régime ne peut être le même pour tous. Ainsi les furieux, les malades très agités, auront une alimentation peu nourrissante surtout dans les premiers jours. Dans la démence, l'imbécillité, l'idiotie, la nourriture sera substantielle; on insistera également sur un bon régime, quand la folie sera compliquée de scorbut ou de scrofules. Les convalescents, les aliénés tranquilles dîneront à une table commune, qui sera sous l'inspection d'un des supérieurs de la maison. Il y a longtemps que plusieurs directeurs ont l'usage de faire prendre les repas en commun; et il faudrait se refuser à toute évidence pour ne pas reconnaître que le mélange judicieux des deux sexes, avec les précautions convenables, a la plus heureuse influence sur le moral des aliénés.

La plupart des malades sont sensibles aux influences atmosphériques; il faut avoir soin de les vêtir chaudement dans l'hiver, jusqu'aux approches des chaleurs; l'on doit également se hâter de leur faire mettre des vêtements d'hiver en automne. La flanelle de santé convient à tous ceux qui ont la poitrine délicate, aux malades sujets aux dérangements du ventre et aux femmes qui ont des flueurs blanches. Les calorifères, les poêles seront allumés dès qu'il y aura de l'humidité, ou que le froid se fera sentir; cette précaution est indispensable pour les malades qui habitent les rez-de-chaussée, surtout quand ils sont paralytiques, âgés, ou ne se meuvent que difficilement.

Il est un soin sur lequel on ne saurait assez insister: nous voulons parler de la propreté. Le linge des aliénés doit être fréquemment changé; il en est de même de leurs vêtements. Les dortoirs, les cellules, les lits, les vases de nuit, réclament toute la surveillance des agents; les couchers des gâteux, qu'ils soient en paille ou en zostère, seront changés tous les jours. Le travail, les promenades, les distractions, ont un rôle important, sous le rapport hygiénique. (Voir sur ce sujet le *Mémoire sur un projet d'établissement d'aliénés. Ann. d'hygiène publique et de méd. lég.*, t. XIV, p. 39, année 1836;

Falret, *Visite à l'établissement d'aliénés d'Illenau dans le grand-duché de Bade*, *Annales de médec. psych.*, t. V et VI, 1845.)

Jusqu'ici nous avons raisonné dans la supposition que les aliénés sont dociles aux ordres du médecin ; il peut arriver qu'ils soient sourds aux représentations, aux avis, aux menaces même. Turbulents, agités, furieux, ils portent dans l'institut le trouble et le désordre ; mais avant d'en venir aux mesures coercitives, il faut recourir à des moyens plus doux. Les remontrances, le changement dans les repas, portant sur la quantité ou la qualité des mets, le changement de demeure, doivent être essayés avant toute punition. La réclusion dans la cellule ou la chambre, la camisole et le fauteuil de force, les genouillères et les douches, telles sont les punitions dont on fait usage aujourd'hui, lorsque l'aliéné est incorrigible. Un médecin anglais fort recommandable, le docteur Conolly, attaché à l'établissement d'Hanwell, près Londres, s'est élevé avec force contre les moyens de répression en usage dans les divers établissements consacrés au traitement des maladies mentales. Pour dompter les individus les plus agités, il suffit d'avoir un nombre suffisant de gardiens qui puissent les maintenir, ou de les enfermer dans une chambre destinée à cet usage. Ce système, auquel on a donné le nom de *no-restraint* (pas d'entraves), a rencontré, comme toujours, des enthousiastes et des détracteurs.

M. Brierre a signalé dans la *Gazette des hôpitaux*, dans les *Annales médico-psychologiques*, dans les *Annales d'hygiène* et dans ses *Remarques sur quelques établissements d'aliénés de la Belgique, de la Hollande et de l'Angleterre*, les graves objections auxquelles donne lieu cette doctrine.

Hanwell, où les principes de M. Conolly sont appliqués sur une large échelle, n'est qu'un véritable hospice d'incurables. Presque tous les individus qui viennent dans cette maison ont été traités ailleurs, et sont par conséquent dans des dispositions très favorables au *no-restraint*. Il suffit, pour s'en convaincre, de voir ce qui se passe dans nos établissements. A quelle époque se manifestent les accès de fureur, les cris, l'agitation, l'envie de se tuer, le besoin de faire du mal aux autres, l'idée de s'évader, de mourir de faim, etc.? en général, au début de la maladie. C'est alors aussi qu'il faut placer les aliénés dans les baignoires de force, leur mettre la camisole, les fixer sur le fauteuil, les enfermer dans leur cellule ; mais cet état ne dure que peu de temps ; l'exaltation de la manie aiguë ne résiste presque jamais au septième ou huitième bain prolongé ; bientôt toute cette effervescence, cette fougue se calme ; des malades qui paraissaient devoir braver tous les moyens deviennent tranquilles et prennent les habitudes de la maison. Lorsqu'il survient de nouveaux accès, ils sont le plus ordinairement passagers : un bain, une réclusion de quelques heures, la privation d'un plat, la présence du médecin directeur, suffisent pour ramener l'ordre,

Les conditions sont donc ici tout autres que dans la folie au début ; il y a d'ailleurs à prendre en considération le caractère du peuple. En Angleterre, on est élevé dans le respect de la loi, la déférence pour les classes supérieures, la soumission aux coutumes ; on est esclave de la lettre, et l'individualité, domptée par la religion et le patriotisme, n'est pas portée à se révolter sans cesse contre le plus léger obstacle. Les différences nationales, jointes à l'état chronique ou à l'incurabilité des malades, n'expliquent-elles pas jusqu'à un certain point le succès du *no-restraint* à Hanwell ?

On a dit, et cela est fondé, que le confinement solitaire dans une cellule matelassée, l'assujettissement de l'aliéné par un nombre plus ou moins grand de gardiens, étaient de véritables mesures coercitives, et qu'il n'y avait là de changé que le nom ; mais ces moyens ne sont même pas constamment applicables. Il existe des épileptiques aliénés, des déments paralytiques, des monomanes suicides, des aliénés qui mettent tout en pièces pendant des mois entiers, des fous dangereux, méchants, malicieux, pour lesquels le *no-restraint* serait impossible. Nous avons vu dans un établissement un monomane halluciné qui a fait plus de trente tentatives de suicide et s'est évadé cinq fois à peu de

distance des surveillants. On n'a pu empêcher la réalisation de ses projets qu'en lui mettant la camisole. Il prétendait que la voix de sa maîtresse l'appelait de l'autre côté du mur. Une dame ne cessait de déchirer ses vêtements pendant six mois. Jour et nuit elle effilait robes, chemises, draps, matelas. Toute surveillance fut inutile; on fut obligé de lui maintenir la camisole, jusqu'à ce qu'on s'aperçût qu'elle n'avait plus cette manie.

Ces faits montrent suffisamment que l'abolition des mesures coercitives n'est pas toujours possible, et qu'il se rencontre dans la pratique des cas où leur emploi est nécessaire. M. Falret, dans sa *Notice sur l'établissement d'aliénés d'Illenau*, s'exprime en ces termes: « Pour qui connaît les aliénés, le *no-restraint* est une fiction, et une simple substitution d'un moyen à un autre. Il faut reconnaître néanmoins avec plaisir que la réaction actuelle de quelques médecins anglais contre les répressions peut être d'une utilité générale, et qu'elle était indispensable dans un pays où l'on avait épuisé l'arsenal des moyens mécaniques pour contenir les aliénés, et où l'on a constaté encore, en 1835, l'emploi des chaînes, même à Bethlem. (*Ann. méd.-psychol.*, t. IV, p. 390 et suiv., et *Report of the metropolitan commissionners in Lunac*, p. 140 et suivantes, London, 1844.)

Sixième section. — *Moyens prophylactiques après la guérison.* — L'aliéné guéri, le rôle du médecin n'est point terminé, car les rechutes sont à craindre; elles le sont d'autant plus que la guérison a été plus rapide, et cependant presque toujours les parents veulent reprendre les convalescents après quelques jours d'épreuve. Le plus souvent ils les replacent au milieu des circonstances qui ont occasionné la perte de la raison. Une des premières règles du traitement prophylactique, est de bien connaître la cause pour éviter sa funeste influence. C'est pour soustraire les individus à cette action puissante, que nous conseillons les voyages, le séjour à la campagne, la suspension momentanée des occupations habituelles. On ne saurait assez recommander aux parents d'éviter de faire allusion devant les convalescents à leur mal, de les blesser, de les irriter: il faut, au contraire, redoubler alors d'attentions et de soins pour eux. Quelquefois la cause est physique. Si, par exemple, la folie est due à la suppression d'un exanthème, d'un flux habituel, l'on a recours aux médicaments employés en pareils cas. S'il se manifeste des symptômes de pléthore, on leur oppose la saignée, les émissions sanguines locales. Les bains, les purgatifs, les exutoires ne sauraient être négligés. On doit surtout se défier longtemps des aliénés qui ont du penchant au suicide, et exercer sur eux une surveillance active et sans qu'ils le soupçonnent.

Septième section. — *Traitement préventif et modificateur dans le cas d'hérédité.* — La prédisposition héréditaire, dont nous avons signalé toute l'influence, fait vivement sentir la nécessité d'un traitement préventif et modificateur. Malheureusement il existe une lacune bien grande dans les études. La science de l'homme est totalement ignorée, et cependant cette connaissance tient à la santé, à l'hygiène publique et privée, à la médecine légale, à l'étude des passions, des préjugés, des erreurs populaires. Si les hommes du monde avaient quelques notions d'anatomie, de physiologie, de médecine, ils comprendraient la force de l'hérédité dans les maladies, et éviteraient, par le croisement des races, de peupler leur famille de scrofuleux, de rachitiques, de phthisiques, d'épileptiques et de fous. Nul doute que toute ces difformités ne disparussent à la longue par des mariages convenables, et qu'on n'arrivât même à obtenir de beaux enfants, ainsi que plusieurs exemples nous en ont donné la preuve. Contraste curieux! l'on s'occupe partout à améliorer le sort des animaux: les expériences des Bakewell et de plusieurs autres ont suffisamment montré à quels résultats on peut parvenir dans ce genre; la race humaine seule ne cherche pas à s'affranchir des maux qui la déciment; on dirait qu'elle n'attache aucun prix à l'existence, et cependant que ne fait-elle pas pour avoir quelques jours heureux?

L'éducation physique et morale mérite surtout l'attention du médecin. Les enfants nés de parents aliénés doivent d'abord être confiés à des nourrices saines, bien con-

stituées, habitant la campagne. On ne sait pas assez, parmi les personnes riches, les inconvénients nombreux qui résultent des nourrices sur lieu, et ces inconvénients sont encore plus graves dans les cas d'hérédité. A mesure que l'enfant grandit, il faut chercher à développer son système musculaire par tous les exercices possibles. La gymnastique rationnelle, et non celle des funambules, doit former son éducation première. Lorsque les progrès de l'âge exigent à leur tour la culture des facultés intellectuelles, il faut éviter les arts d'imagination, et donner la préférence aux sciences exactes, physiques et naturelles; dans le choix d'un état, on doit recommander celui qui fatigue peu le cerveau. Quand l'époque de s'attacher à la société par des liens plus intimes est arrivée, la première loi est de ne pas contracter d'union avec des familles entachées de folie, d'épilepsie, etc., et de se conduire, en un mot, d'après les règles que nous avons tracées dans les causes physiques. Mais on n'aurait encore opposé que de faibles digues au développement de la folie, si l'on ne s'était empressé d'inculquer de bonne heure, dans l'esprit de l'enfant, des préceptes religieux et moraux, fortifiés par l'exemple des vertus domestiques. Ce n'est pas seulement l'aliénation qu'on arrêtera par ces moyens; l'égoïsme, le scepticisme, la corruption, ne diminueront qu'autant que l'éducation reposera sur des bases morales, et qu'elle ne sera pas entièrement sacrifiée à l'instruction.

Comment ne pas appeler de tous ses vœux une éducation morale et pratique en présence de ces théories désastreuses qui ont jeté tant d'idées fausses dans le mouvement intellectuel et tant de perversion dans les esprits. Rien n'est arrêté, tout est ébranlé, confus; religion, politique, devoirs, c'est une anarchie effrayante. Oui, nous respectons les consciences, oui, nous admettons l'examen; mais il y a des principes éternels qu'il faut sauver, des lois auxquelles il faut obéir; l'expérience n'est pas à dédaigner, l'inconnu est à craindre, surtout lorsque l'individualité sans frein s'y précipite et y précipite les autres. Les faits peuvent épouvanter, mais le véritable danger est dans les idées. Déclarez une guerre sans relâche à celles qui sont fausses; mettez en honneur celles qui sont fondées sur le bien et le juste: les faits se rectifieront d'eux-mêmes et le bon sens, si rare aujourd'hui, gouvernera de nouveau la société. Imprimez dès le bas âge le sentiment des devoirs, afin que l'enfant s'élève dans le respect de Dieu, de ses parents, de la loi, de ses semblables; surtout répétez-lui bien de fuir les faux prophètes qui ne cessent de lui peindre le bonheur matériel de la terre, comme la seule chose désirable, parce qu'avec ces dangereuses doctrines, il n'y a plus d'héroïsme, de sacrifices, de résignation possibles.

DIVISION GÉNÉRALE.

ARTICLE PREMIER.

Des hallucinations.

Il n'est pas dans l'histoire psychologique de l'homme de question plus curieuse que celle des hallucinations. Voir ce qu'aucun œil ne contemple, entendre ce qu'aucune oreille ne perçoit, être convaincu de la réalité de sensations qui ne trouvent que des incrédules, n'y a-t-il pas là matière à des recherches pleines d'intérêt? Inscrite dans les annales de tous les peuples, dans la vie de la plupart des personnages célèbres, l'hallucination, mise au nombre des croyances pendant une longue suite de siècles, se trouve sans doute bien restreinte par les progrès de la science; mais telle qu'elle est encore aujourd'hui, son rôle dans une foule de phénomènes psychologiques, son intervention dans beaucoup de maladies, et en particulier dans les affections mentales, donnent à son étude un haut degré d'importance.

La première définition exacte de l'hallucination est celle qu'en a donnée l'auteur anglais Crichton. « Elle consiste, dit-il, dans une erreur de l'esprit qui fait que les idées sont prises pour des réalités. » D'après M. Esquirol, les prétendues sensations des hallucinés sont des images, des idées reproduites par la mémoire, associées par l'imagination et personnifiées par l'habitude. M. Lélut considère l'hal-

lucination comme une transformation spontanée de la pensée en sensations le plus souvent internes. Suivant M. Lélut, ce phénomène est intermédiaire entre la sensation et la conception.

M. Brierre, qui croit l'idée composée comme l'homme de deux parties, l'une spirituelle, l'autre matérielle, définit l'hallucination, la perception des signes sensibles de l'idée. Dans l'acception la plus générale, l'hallucination est une sensation cérébrale que l'individu croit extérieure, sans qu'il existe d'objet réel qui puisse lui servir de support.

On a divisé les hallucinations en externes et en internes, en cérébrales et en symptomatiques, en cérébrales et en sensoriales. M. Baillarger établit deux espèces d'hallucinations : les premières résultent de la double action de l'imagination et des organes des sens, ce sont les *hallucinations psycho-sensorielles* ou *complètes ;* les secondes, dues à l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, ce sont les *hallucinations psychiques* ou *incomplètes.* L'intervention des sens dans les hallucinations psycho-sensorielles, ajoute M. Baillarger, ne peut être expliquée, mais on peut facilement la démontrer par les faits suivants, Burdach, parlant des hallucinations qu'il a éprouvées lui-même, s'exprime ainsi : « Quand ces nuages nous assiègent, nous les voyons réellement, c'est-à-dire qu'à l'occasion de la pensée, nous avons dans l'œil la même sensation que si un objet extérieur se trouvait placé devant cet œil vivant et ouvert. » (*Traité de physiologie*, Paris, 1839, t. V, p. 206.) Les personnes saines d'esprit qui ont eu des hallucinations passagères ont la conviction intime de la réalité des impressions sensorielles qu'elles ont éprouvées. L'état parfait de veille et de lucidité dans lequel se trouvaient ces personnes leur a permis de bien étudier leurs hallucinations. Enfin les détails donnés par les hallucinés, leurs actes, viennent appuyer cette croyance.

Dans les hallucinations psychiques qui se rapportent presque exclusivement au sens de l'ouïe, les malades sains d'esprit ne disent pas qu'ils entendent parler, mais qu'il leur semble entendre parler ; il y a dans leur tête une conversation tout intérieure ; nous croyons que les deux divisions établies par M. Baillarger ne reposent que sur l'intensité plus ou moins grande du phénomène. La perception est-elle faible, l'hallucination est sans bruit ; est-elle plus forte, on perçoit le son. Nous avons entendu nous-même de ces conversations mentales sans émission de son ; mais ces conversations seraient impossibles si la parole parlée n'avait accompagné la parole pensée, en un mot, si le signe conventionnel n'avait été attaché à l'idée. Quant aux arguments de Muller pour prouver que la perception est la même que celle ressentie par un œil vivant et ouvert, nous dirons que l'homme auquel on a coupé la jambe, longtemps après l'opération, se plaint d'avoir mal au pied ; la sensation est pour lui aussi réelle que s'il l'éprouvait dans la partie qui n'existe plus.

Contrairement à l'opinion d'un grand nombre d'aliénistes, qui font des hallucinations un phénomène toujours morbide, M. Brierre pense qu'elles doivent être rangées en deux classes, les hallucinations *physiologiques* et les hallucinations *pathologiques*.

Mais avant de faire connaître l'opinion que ce médecin a soutenue avec force, il importe d'exposer la doctrine de ses adversaires et notamment celle du chef de l'école ; M. Lélut, qui a proclamé l'avénement de la physiologie dans l'histoire ou plutôt de la pathologie, comme l'a dit avec raison M. Cerise (*Analyse de l'ouvrage sur les hallucinations*, par M. Brierre, *Annales médico-psychologiques*, tom. VI, p. 300), s'exprime ainsi : « Voilà Socrate qui, non seulement s'imagine recevoir des influences, des inspirations divines, mais qui, à raison de ce privilége, croit posséder, à distance, une influence semblable sur ses amis, sur ses disciples et presque sur les étrangers, influence indépendante même de la parole et du regard, et qui s'exerce à travers les murailles et dans un rayon plus ou moins étendu. On ne peut, en vérité, rien voir, rien entendre de plus extravagant, de plus caractéristique de la folie ; et les hallucinés qui, sous mes yeux, prétendent envoyer ou recevoir à distance des influences physiques, magnétiques, franc-maçonniques, ne s'expriment pas

autrement que Socrate, et ne sont, sous ce rapport, pas plus fous qu'il ne l'était. » Chez les modernes, la folie du Tasse, de Pascal, de Rousseau, celle de Swammerdam, de Vanhelmont, de Swedenborg, sont à peu près avouées maintenant par tous les hommes qui ont joint l'étude de la psychologie morbide à celle de l'histoire et de la philosophie. (Lélut, *Du démon de Socrate*, spécimen d'une application de la science psychologique à celle de l'histoire, augmenté de mémoires sur *les Hallucinations et la folie*, 1836, pag. 121.) M. Leuret, dans ses *Fragments psychologiques*, et M. Calmeil, dans l'ouvrage cité, ont soutenu la même doctrine : c'est aussi celle de M. Baillarger.

M. Brierre de Boismont combat les arguments de ces médecins distingués par les méditations suivantes :

Les hallucinations physiologiques existent dans les rêves. Mille faits prouvent qu'on voit en songe des personnages avec lesquels on converse. On s'asseoit à des tables couvertes de mets dont les parfums flattent l'odorat; on entend des sons ravissants, des accords harmonieux. Les sensations du toucher sont très nombreuses; on se croit frappé d'un coup d'épée, d'un coup de balle, guillotiné. Ces sortes d'hallucinations sont fréquentes chez l'enfant, le rêveur, le poëte, le penseur, l'artiste, l'homme fortement préoccupé ou dont la pensée est concentrée sur un objet. Beaucoup d'hommes ont encore de nos jours des hallucinations; ils en reconnaissent la nature lorsqu'ils sont médecins ou versés dans la connaissance de ce phénomène; mais il est des esprits bien organisés qui restent dans le doute, et qui même croient à sa réalité. On pourrait citer plus d'une anecdote curieuse sur ce sujet. 20 ans après une hallucination de l'ouïe, une dame d'un grand sens, de beaucoup d'instruction, femme d'un auteur célèbre, en répétait à M. Brierre toutes les circonstances, bien convaincue que ce phénomène qui avait eu lieu en plein jour avait été le signe avant-coureur de la mort de sa fille. Si donc l'hallucination existe dans des états physiologiques, on comprend comment elle a pu se manifester chez une foule de personnages célèbres, sans qu'il y eût folie. Cette disposition dépendait d'une influence complexe : elle provenait à la fois du tribut que ces intelligences d'élite payaient aux croyances du temps, de ce caractère extatique que la contention de l'esprit fait contracter aux idées, et enfin de la nature de l'organisation; car chacun porte dans sa philosophie et sa théologie son humeur (*humour*), ce qu'on oublie trop. Pascal avait l'humeur inquiète et mélancolique; de là son coup d'œil un peu visionnaire. Bossuet avait l'humeur calme; de là, en partie, sa sérénité de coup d'œil, et cela indépendamment de la grandeur de leurs esprits et de la nature des idées.

C'est par ses affirmations et non par sa négation que la polémique est méritoire, dit M. Cerise; celle de M. Brierre en contient plusieurs qui nous paraissent irrécusables : nous rappellerons les principales. Dans un grand nombre de cas, l'hallucination n'a rien d'extraordinaire; c'est un fait presque normal, compatible avec la raison, ce qui permet de concevoir comment tant d'hommes célèbres ont pu présenter ce symptôme sans être aliénés. Lorsqu'on examine les actes d'un personnage illustre, il ne faut jamais perdre de vue le temps où il a vécu. Les hallucinations de beaucoup d'hommes célèbres appartiennent à leur siècle et non à l'individu; ce qui le prouve, c'est que leurs actes sont marqués au soin de la plus haute sagesse, que leurs entreprises révèlent des facultés supérieures, un jugement admirable, un esprit infini et l'amour de leurs semblables. Les hallucinations de ces personnages ne peuvent être comparées à celles des fous; ils étaient les représentants d'une époque, d'un besoin, d'une idée; il fallait qu'ils fissent ce qu'ils ont fait; leur mission était providentielle. Les hallucinations actuelles ne sont jamais sans un mélange de folie. Les exemples d'hallucinés qui peuvent, avec une idée fausse, remplir des fonctions importantes, sont très rares et se rapportent à des individus qui ont conscience de leur état et exercent sur eux-mêmes une entière surveillance.

Aucun de ces hallucinés ne s'est trouvé dans les mêmes circonstances que ceux dont nous parlons; aucun n'a été l'expression d'une idée utile. Nulle comparaison sérieuse à établir entre les hallucinations

de ces hommes fameux et celle des hallucinés de nos jours. Là, des entreprises conçues, suivies, exécutées avec toute la force du raisonnement, l'enchaînement des faits, la puissance du génie ; ici, des projets sans suite, sans but, sans actualité, et toujours frappés au coin de la folie. Mais, dira-t-on, comment se fait-il que ce genre d'hallucination ait disparu ou du moins soit singulièrement diminué de nos jours? Voici la réponse à cette objection. Pour être halluciné de la sorte, il fallait avoir des convictions profondes, des croyances ardentes, un amour extrême de l'humanité ; il fallait vivre au milieu d'une société qui partageât ces sentiments, et sût, au besoin, mourir pour eux. On marchait alors avec son siècle. Où sont donc aujourd'hui les croyances? Où sont les martyrs? Quelle est la voix qui domine le monde? Chacun vit pour soi et chez soi. Le scepticisme a gagné toutes les classes ; les généreux dévouements excitent le sourire ; le bonheur matériel, voilà la devise.

» Ainsi, lorsqu'un homme s'est longtemps livré à des méditations profondes, il voit souvent la pensée qui l'absorbait se revêtir d'une forme matérielle ; le travail intellectuel cessant, la vision disparaît, et il se l'explique par les lois naturelles. Mais si cet homme vit à une époque où les apparitions d'esprits, de démons, d'âmes, de fantômes, sont une croyance générale, la vision devient une réalité, avec cette différence, que si son intelligence est saine, sa raison droite, cette apparition n'a aucun empire sur lui, et qu'il s'acquitte des devoirs de la vie sociale aussi bien que celui qui n'aurait pas d'hallucinations. Cette remarque s'applique à plus forte raison aux hallucinations des hommes célèbres. Pour se soustraire aux croyances de leur temps, il eût fallu qu'ils eussent été d'une autre nature, surtout lorsqu'elles n'avaient rien de répréhensible. En les adoptant, ils partagaient une erreur sociale ; mais leurs entreprises, leurs actions, leurs doctrines, étaient celles de philosophes, de moralistes, de bienfaiteurs de leurs semblables. Ils remplissaient une mission nécessaire, et leur nom est inscrit, à juste titre, parmi ceux dont se glorifie l'humanité. Qui ne serait d'ailleurs frappé des différences extrêmes qui séparent ces hallucinés de ceux de nos jours? Les premiers, puissants, forts, logiques, se montrent pleins de grandeur dans leurs actes ; ils sont les représentants d'une époque, d'un besoin, d'une idée ; les autres, faibles, indécis, rusés, ne sont l'expression d'aucun besoin, ne se proposent que des missions sans utilité. Les hallucinations des uns sont les conséquences du temps ; elles n'ont aucune influence sur leur raison, tandis que celles des autres proviennent de l'organisation malade de l'individu et sont plus ou moins compliquées de folie. Lorsqu'on lit la vie d'un personnage illustre, il ne faut jamais perdre de vue qu'elle se compose d'une histoire et d'une biographie. L'histoire, c'est la partie spirituelle ; la biographie, la partie matérielle. Vouloir juger l'une sans l'autre, c'est se tromper et tromper les autres. Les enfantements du génie donnent lieu à des phénomènes qui sortent souvent de la vie commune : ce sont les matériaux bruts, la gangue, qui disparaissent sous le ciseau de l'ouvrier pour ne laisser voir que le chef-d'œuvre ; ce sont, si l'on veut, les hallucinations ; mais elles n'ont point d'action sur les vérité enseignées, et celles-ci subsistent avant comme après le passage de celui qui s'en est fait l'interprète. Ainsi l'hallucination, considérée dans son phénomène caractéristique, est la reproduction du signe matériel de l'idée. Chez le penseur, elle est le plus haut degré de tension auquel puisse parvenir son esprit, une véritable extase. Dans les sociétés à convictions profondes, où l'imagination n'est pas éclairée par la science, elle est le reflet des croyances générales ; mais, dans ces deux cas, elle n'apporte aucun obstacle au libre exercice de la raison. » (*Des hallucinations, ou Histoire raisonnée des apparitions, des songes, de l'extase, du somnambulisme et du magnétisme* ; Paris, 1845.)

Quelques critiques que les événements qui se sont passés sous nos yeux auraient dû rendre plus indulgents pour le christianisme, se sont beaucoup récriés contre la démarcation établie par M. Brierre entre les apparitions de l'Écriture sainte et les hallucinations de l'histoire profane,

et même de beaucoup de personnages chrétiens, les premières dans sa conviction ne s'expliquant que par l'intervention divine, tandis qu'un grand nombre des secondes devaient être rapportées aux croyances du temps, à certaines conditions qu'il a indiquées, à l'état maladif du cerveau. La doctrine du thaumaturgiatrisme méritait bien cependant qu'on l'examinât avec soin. Enfin il ne faut pas perdre de vue que les visions des prophètes présentent une suite de révélations toujours les mêmes, persistant pendant des siècles avec des caractères identiques, annonçant toutes la régénération du monde, la naissance d'un Sauveur; en un mot, un système complet.

Rejeter l'hallucination physiologique, c'est nier dans l'homme une faculté supérieure admise par les observateurs, qu'on appellera, comme l'on voudra, enthousiasme, illuminisme, extase, qui se dérobe à toute analyse, qui touche aux plus profonds mystères de l'Être, mais qui n'en est pas moins un fait réel, permanent dans l'histoire, inhérent à sa nature. C'est de cette manière que les historiens et les philosophes expliquent les hallucinations de Socrate, de Platon, de Mahomet, de Luther, de Pascal et de tant d'autres. Le patriotisme et le génie militaire, élevés par la foi jusqu'aux dernières limites de l'inspiration, telle est, dit le savant M. Michelet, la véritable interprétation de la destinée glorieuse de Jeanne d'Arc, la seule que puisse admettre la raison moderne. (Voir *l'Analyse critique de l'Amulette de Pascal*, par M. Lélut, et celle de la *Folie considérée sous le point de vue pathologique*, *philosophique*, *historique et judiciaire*, par M. Calmeil, *Annales d'hygiène*, t. XXXV, p. 218 et t. XXXII, p. 229.) Comme l'a très bien fait observer M. Carrière, dans la *Gazette médicale*, en rendant compte de l'*Amulette* de Pascal, pour peu qu'un homme sorte de la ligne commune, il sera malade; pour peu que son imagination soit riche et sache composer sous les yeux de l'âme les scènes d'un monde inconnu, il sera visionnaire et deviendra fou. Il n'y aura de parfait que la vulgarité, de bien portant que les hommes vulgaires. C'est une conclusion que le bon sens médical soupçonnera bientôt, et qu'il ne tardera sans doute pas à rejeter. M. Michea, dans son *Traité du délire des sensations*, admet l'existence des hallucinations compatibles avec la raison. Si les hallucinations étaient toujours le produit d'une imagination en délire, les livres saints ne seraient plus qu'une erreur; le Christianisme, ce puissant mobile de perfectionnement social et individuel, une erreur; les croyances de nos pères, les nôtres, celles de nos enfants, des erreurs; et cependant, dit un écrivain illustre « il y a dans la nature humaine des problèmes dont la solution est hors de ce monde, qui tourmentent invinciblement l'âme; qu'elle veut absolument résoudre; il y a une morale à laquelle il faut chercher une sanction, une origine, un but : autant de sources fécondes, assurées pour la religion et qui prouvent qu'elle est une nécessité, et non pas une pure forme de la sensibilité, un élan de l'imagination, une variété de la poésie. » (Guizot, *Histoire de la civilisation en Europe*, in-8, t. I, p. 147; Paris, 1842.)

Faisons l'application de ces idées à trois personnages historiques, Jeanne d'Arc, Luther, Loyola, pris dans des époques différentes, qui grandissent à mesure qu'ils s'éloignent de nous, et pour lesquels l'équitable postérité a commencé depuis longtemps. Soumis au creuset de la science humaine, en sortiront-ils moins brillants et moins purs? Un premier fait capital, décisif, c'est que chacun de ces trois personnages est le représentant, la personnification d'une de ces idées qui doivent exercer une grande influence sur le monde. Leur mission est providentielle; ils agissent poussés par une force invisible; ce qu'ils font, ils devaient le faire. Le royaume de France va périr, à peine reste-t-il au dauphin une seule ville : à point nommé, une jeune fille des champs, simple, innocente, vertueuse, apparaît; elle accomplit ce que n'avaient pu faire les plus vaillants guerriers, et le roi de France reçoit la couronne de ses mains. Le frein religieux imposé depuis des siècles à l'esprit humain est devenu trop pesant, des fautes graves l'ont rendu encore plus difficile à supporter; les bruits sourds, précurseurs de la tempête, grondent de toutes parts; la raison humaine veut réclamer ses droits; les

cohortes sont prêtes, elles n'attendent plus qu'un chef; il franchit enfin le seuil de son cloître, et donne au monde le droit d'examen. Mais la violence de ses attaques, les ruines qu'il amoncelle, la destruction dont il menace l'Église catholique, produisent la réaction; du milieu des camps sort un soldat obscur, qui d'un coup d'œil d'aigle embrasse le plan du réformateur, en saisit les parties vulnérables, dresse aussitôt le sien, et réédifie avec tant de succès l'édifice chancelant, que tous les efforts du protestantisme viennent se briser à ses pieds.

A la vue de pareilles œuvres, d'aussi grands résultats, obtenus par des intelligences aussi supérieures, qui pourrait encore comparer leurs hallucinations avec celles des individus soumis à notre observation?

Le savant docteur Ideler, médecin de la division des aliénés à Berlin, après avoir cité de nombreux fragments de l'ouvrage de M. Brierre sur les hallucinations, s'exprime ainsi: « L'importance de ces » considérations qui peuvent nous servir » de critérium pour distinguer la folie » réelle des phénomènes insolites du génie, » de l'exaltation morale, et qui doivent » nous guider dans le cours de nos recher- » ches, est encore plus évidente dans l'ap- » plication que le médecin français fait des » principes émis plus haut à la vie privée » des personnages célèbres: je lui em- » prunte la belle peinture qu'il nous a don- » née de la Pucelle d'Orléans. » (K.-W. Ideler. (*Versuch einer Theorie des religiosen Wahnsinn*, ou *Essai d'une théorie de la folie religieuse*, p. 30 et suiv., 1 vol. in-8°. Halle, 1848.)

Nous sommes surpris que M. Forbes Winslow, dans son excellent *Journal de médecine psychologique*, n'ait point traité le sujet si intéressant des hallucinations des personnages célèbres. Les médecins anglais, qui professent un si grand respect pour l'Écriture sainte, auraient dû accorder leur attention à des études consciencieuses faites dans le but de prouver qu'un grand nombre d'hallucinations peuvent s'expliquer par les seules lumières de la raison, du bon sens et de la science, tout en réservant l'autorité des Écritures.

Il était indispensable de bien exposer les caractères des hallucinations que M. Brierre appelle physiologiques, car son opinion, si elle est fondée, laisse sur leur piédestal les statues d'hommes illustres, qu'on voudrait jeter dans les abîmes de la folie. En présence de cette doctrine si humiliante et si douloureuse pour l'humanité, n'a-t-on pas raison de s'écrier: Quel est donc ce triste côté de l'esprit qui se complaît à nier les possessions immémoriales, à réduire au néant les légitimités les mieux consacrées, à faire mépriser ce qu'on adorait, en retournant les faits, en changeant tous les visages comme par prestige? Le savant doit-il tout réduire à ses classifications? Ne peut-il tenir aucun compte des époques et des croyances? Et en le voyant ainsi renverser tout ce qui fut l'objet de notre culte, n'est-on pas en droit de lui dire: Ces grandes entreprises par vous rembrunies, dénigrées, atténuées, ces grandes renommées dont vous divulguez les petitesses, le côté faible, que vous déconsidérez par la fausseté ou l'indécision de leur point de départ, les avez-vous bien comprises? les avez-vous bien jugées? Le microscope avec lequel vous les avez regardées, ne vous a-t-il point induit en erreur? Chaque époque a sa raison d'être en elle-même, en actions, en pensées, et ces hommes que vous expliquez par la folie n'en sont peut-être que les conséquences naturelles!

Les hallucinations morbides peuvent exister seules; le plus ordinairement elles sont une complication de la folie. Elles la précèdent, l'accompagnent ou la suivent. Acceptées par les malades comme des réalités, elles sont quelquefois reconnues par eux pour de fausses perceptions. Elles peuvent être bornées à un seul sens, à plusieurs, les envahir tous. Les plus communes sont les *hallucinations de l'ouïe;* leur proportion a été évaluée aux deux tiers des autres. Les individus entendent des voix, des mots, des bruits, des conversations muettes. C'est presque toujours dans le silence des nuits, à la chute du jour, dans l'obscurité et les ténèbres qu'on perçoit ces voix invisibles. Comment ne pas voir dans ce fait l'exagération d'un phénomène physiologique? N'est-ce pas, en effet, à ces mêmes heures qu'on ressent ces nuances si variées de la peur, contre

lesquelles la raison ne met pas toujours en garde ?

M. Baillarger croit que les hallucinations se montrent de préférence au moment de s'endormir et de s'éveiller, et il attribue ce temps d'élection à la diminution de l'attention, à une sorte de détente de cette faculté. Les hallucinés, dit ce médecin, sont, pendant la durée de leurs fausses perceptions, dans un état analogue tantôt à l'état de rêve, tantôt à l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, caractérisé par la cessation au moins partielle de l'influence volontaire et les suspensions plus ou moins complètes des impressions externes. Déjà Meister, dans ses *Lettres sur l'imagination*, Paris, an VII, p. 19 et suivantes, avait dit : « Rien ne serait plus » propre à répandre un jour tout nouveau » sur les procédés habituels de notre faculté pensante, que de l'observer tour à » tour dans trois états fort différents, l'état » de veille, l'état de sommeil, et cet état » mitoyen entre la veille et le sommeil, » où les sens extérieurs se trouvent plutôt » dans le calme et dans l'inaction que dans » un véritable engourdissement, où l'activité du sens intérieur est comme isolée, » où l'on peut douter en quelque sorte si » l'on rêve ou si l'on médite. Cet état suit » ou précède communément le repos du » sommeil : il est aussi quelquefois le résultat d'une méditation très prolongée sur » le même objet, sur la même idée, plus » particulièrement encore dans le silence » de la nature, dans l'obscurité des forêts, » au milieu des ombres de la nuit. Alors » une seule impression, une seule image » semble s'arrêter quelquefois un très » long temps devant notre pensée et la tenir comme assiégée; alors notre entendement n'agit plus que par intuition. » Des scènes entières, des tableaux suivis » ou décousus se succèdent à la vue de » notre sens intérieur, tantôt avec lenteur, » et tantôt avec rapidité. Nous croyons voir, » et voir très réellement ce que nous n'avons jamais vu. Ce sont enfin de véritables fantômes qu'évoque autour de nous » la seule puissance de notre imagination, » heureuse ou malheureuse sous le charme » de ses propres sortiléges.

» Je suis persuadé que les dévôts, les » amants, les prophètes, les illuminés, les » Swedenborgistes, doivent aux illusions, » dont cette manière d'être nous rend » susceptibles, toutes les merveilles de » leurs pressentiments, de leurs visions, » de leurs prophéties; leurs entretiens » avec les intelligences célestes ; leurs » voyages dans les cieux et dans les enfers; en un mot toutes les extravagances » et toute la superstition de leurs contagieuses rêveries. Mais je ne craindrai » pas de dire aussi que c'est peut-être » dans cette même situation, que les » hommes de génie ont conçu les beautés » les plus originales de leurs ouvrages; » que le géomètre a trouvé la solution du » problème qui l'avait embarrassé le plus » longtemps; le métaphysicien, le premier » aperçu du plus ingénieux de ses systèmes; un poëte, le beau vers qui le » fuyait; un musicien, le plus expressif » et le plus brillant de ses motifs; l'homme » d'état, la ressource décisive que toutes » les lumières de son expérience n'avaient » pu découvrir encore à la pénible attention de ses calculs; un général d'armée, » ce coup d'œil vaste et rapide, qui fixe le » sort d'une bataille, et garantit la victoire. »

L'observation prouve, en effet, que les hallucinations se montrent souvent dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil; aussi M. Maury les a-t-il nommées hypnagogiques. Mais on ne peut dire qu'il en soit toujours ainsi; Blacke le voyant, dont M. Brierre a cité l'observation dans son ouvrage, évoquait à volonté, pour ses visiteurs, les personnages illustres qu'ils lui demandaient. M. Moreau de Tours a cité, dans la *Gazette des hôpitaux*, le fait d'un de ses malades qui se procurait à l'instant des hallucinations de la vue; pour y parvenir, il lui suffisait de baisser un peu la tête en avant. Un médecin distingué, en proie à une affection nerveuse, qui lui avait laissé le libre exercice de ses facultés, devint sujet à des hallucinations de la vue passagères, mais il s'aperçut qu'elles revenaient lorsqu'il en avait la volonté. Curieux d'expérimenter ce singulier phénomène, il daguerréotypa, pour ainsi dire, plusieurs fois les éléments de sa pensée. Ceux-ci se présentaient devant lui avec toutes les couleurs de la réalité et persistaient un

temps plus ou moins long. Ayant remarqué que cet appel répété lui occasionnait un véritable malaise, il se débarrassa de ces hallucinations par une résolution énergique. A ces différents faits, on peut joindre les hallucinations des extatiques, des hommes qui ont concentré avec une grande intensité leur pensée sur un objet; elles sont bien évidemment le couronnement de la méditation; et prétendre, comme on l'a fait, qu'elles succèdent aussi, dans ce cas, à la détente de l'attention, c'est bien évidemment se tromper. L'opinion de Meister établit d'ailleurs une distinction fort importante, c'est que cet état peut donner lieu aux plus grandes choses. Ajoutons enfin qu'un grand nombre d'hallucinations morbides ont lieu le jour comme la nuit.

La privation de l'ouïe n'est point un obstacle à la production de l'hallucination; il en est de même pour la vue. M. Brierre a, dans un de ses établissements, une dame âgée de plus de quatre-vingts ans, très bien portante, aveugle depuis plusieurs années, qui veut que sa porte et sa croisée soient toujours ouvertes, afin que les nombreuses personnes qui entrent dans sa chambre puissent facilement en sortir. Les hallucinations sont parfois isolées, mais elles peuvent se combiner avec celles de la vue et des autres sens.

Les *hallucinations de la vue* ont de tout temps joué un rôle important dans l'histoire des peuples; c'est à elle qu'a été plus particulièrement attaché le nom de visions, d'où la dénomination de *visionnaires* à ceux qui en étaient affectés. Dans les temps anciens, au moyen âge, la croyance aux visions était générale. De nos jours, le nord de l'Europe, une partie de nos provinces, des pays entiers, croient encore aux visions. On pourra, dans ce cas, dire que ces croyances sont le résultat de l'erreur, de l'ignorance; mais il ne viendra à l'esprit d'aucun homme sensé de les considérer comme des actes de folie. Par leur nombre et par leur fréquence, les hallucinations de la vue, chez les aliénés, tiennent le second rang dans ces singulières aberrations de l'esprit humain.

Les *hallucinations du toucher* passent pour difficiles à constater, parce qu'elles se confondent avec les névralgies et les illusions viscérales; mais il y a des aliénés très en état de rendre compte de leurs sensations, qui assurent avoir été pincés, frappés, avoir reçu des décharges électriques sur différentes parties du corps. M. Calmeil rapporte l'observation d'un vétéran qui se sentait chaque soir clouer dans une bière, emporter sur des bras d'hommes, par une voie souterraine, de Charenton à Vincennes, où une messe des morts lui était chantée dans la chapelle du château. Les mêmes personnages invisibles le rapportaient ensuite et le déposaient dans son lit. Berbiguier croyait que les farfadets allaient et venaient continuellement sur son corps, s'appuyaient sur lui pour le fatiguer et l'obliger à s'asseoir.

Les *hallucinations de l'odorat* peuvent se montrer au début de toutes les folies, et surtout dans le délire partiel. Comme celles du goût, elles ne sont presque jamais isolées; on les trouve unies à celles de l'ouïe, de la vue, du toucher; elles sont bien moins fréquentes que les autres.

Les *hallucinations du goût* ne sont pas plus communes que les précédentes. Une dame, qui a été remarquable par son esprit, passe ses journées à savourer des plats imaginaires. Ces deux dernières espèces sont souvent confondues avec les illusions.

Les hallucinations de tous les sens réunis sont peu communes; car il est arrivé qu'on a souvent confondu les hallucinations de l'ouïe et de la vue avec des illusions du toucher, du goût et de l'odorat. L'analogie et le raisonnement prouvent cependant qu'elles peuvent exister, et l'observation ne laisse aucun doute à cet égard. M. Brierre en a rapporté un fait fort intéressant, p. 89 du *Traité des hallucinations*. En explorant les malades avec soin, on ne tarde pas à reconnaître que les hallucinations sont beaucoup plus souvent réunies qu'isolées.

Les hallucinations se compliquent fréquemment d'illusions; mais elles ne sauraient être confondues avec elles. Nous reviendrons sur leurs caractères distinctifs en parlant des illusions.

Les hallucinations peuvent exister dans la monomanie. Sur 66 cas de ce genre, MM. Aubanel et Thore ont constaté 35 fois ce phénomène; sur 62 aliénés de

son établissement, M. Brierre a constaté que 18 étaient monomaniaques, 7 maniaques, 21 déments, 7 paralytiques, 9 imbéciles. Les hallucinations existaient chez 38 et manquaient chez 24. Chez les 18 monomaniaques, les hallucinations portaient 8 fois sur l'ouïe et la vue, 1 fois sur l'ouïe et le goût, 2 fois sur l'ouïe, 1 fois sur la vue. Les hallucinations, plus communes dans la monomanie que dans les autres formes de folie, s'observent surtout de préférence dans la lypémanie, la démonomanie, l'érotomanie, la nostalgie et la calenture. M. Baillarger, dans un très bon mémoire sur la stupidité, qu'il range parmi les monomanies, a montré que ces malheureux étaient en proie à des hallucinations et à des illusions de toute espèce. (Baillarger, *De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité*, *Annales médico-psychologiques*, Paris, 1843. Voir aussi Etoc-Demazy, *De la stupidité chez les aliénés*, in-4, Paris, 1833.)

Les hallucinations sont aussi fort communes dans la manie. MM. Aubanel et Thore ont constaté que sur 181 maniaques, ils avaient rencontré les hallucinations de l'ouïe 23 fois, de la vue 21, du goût 5, du toucher 2, de l'odorat 1, internes 2. Ces médecins font observer avec raison que l'hallucination échappe au milieu de l'agitation des malades. Dans la manie, l'hallucination se transforme fréquemment en illusions, et réciproquement.

Il est une variété de la manie à laquelle les circonstances qui la déterminent ont valu le nom de *manie puerpérale*, de *manie des femmes en couche*. M. Morel a montré que les hallucinations et les illusions étaient très communes dans cette variété. (Morel, *Mémoire sur la manie des femmes en couche*, Paris, 1847.)

Des hallucinations s'observent dans la démence, surtout lorsqu'elle n'est pas parvenue à un degré avancé. Nous avons cependant vu un vieillard de soixante-treize ans, arrivé à une démence très avancée, qui, tous les soirs, était saisi d'une frayeur extrême à la vue de meurtriers qui voulaient le tuer. Plus rares dans la démence avec paralysie générale, nous en avons cité plusieurs faits, entre autres celui d'un individu qui paraissait avoir perdu l'usage du langage. A certaines époques, il prononçait des mots qui annonçaient qu'il était sous l'influence d'une hallucination effroyable. En effet, il croyait voir à ses côtés un requin prêt à le dévorer.

Les hallucinations se montrent dans le *delirium tremens*; elles sont souvent d'une nature triste (Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, Paris, 1847). On les observe également dans la catalepsie, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, la chlorose, la rage; elles sont aussi assez communes dans le délire aigu, les fièvres inflammatoires, les maladies cérébrales, les inflammations parenchymateuses, les typhus, les fièvres intermittentes, la goutte, la pellagre, la dernière période des maladies hectiques, l'abstinence, la convalescence, la syncope, l'asphyxie et la léthargie. Quelques auteurs en rapportent des exemples qui paraissent dus aux influences atmosphériques.

Causes. — Elles sont morales et physiques, mais surtout morales; les hallucinations épidémiques, telles que le vampirisme, les extases, ne sont pas susceptibles d'une autre explication. A cette classe appartiennent les hallucinations déterminées par les concentrations prolongées de la pensée sur un seul objet, la mauvaise direction de l'imagination, le besoin de se repaître de chimères, les contes dont on berce l'enfance, la peur, l'action des ténèbres, le remords, l'isolement, les croyances superstitieuses, la contagion morale. Les causes physiques concourent également à produire les hallucinations; les principales sont l'hérédité, le sexe, les climats, les boissons alcooliques, les substances narcotiques et certaines substances toxiques (gaz deutoxyde d'azote, opium, hachisch, éther), l'électricité ordinaire ou voltaïque, l'abaissement considérable de la température ou son élévation extrême, la suspension, la pression simple ou l'irritation mécanique exercée sur les organes des sens, l'ébranlement de l'encéphale, l'abstinence, les vers intestinaux, la folie et les autres maladies nerveuses, les maladies inflammatoires aiguës ou chroniques ou d'une autre nature.

Symptomatologie. — Les hallucinations sont le plus souvent annoncées par un changement dans la conduite, les affec-

tions du malade. L'hallucination peut se manifester tout à coup. Dans d'autres cas, elle se déclare presque en même temps que le délire général, et cesse à peu près avec lui. Lorsque l'individu est une fois soumis à son pouvoir, sa conviction dans sa réalité est profonde : cette règle n'est point cependant sans exception. Un des symptômes les plus tranchés est de voir le malade s'arrêter tout à coup, prêter l'oreille pour répondre à la voix qui l'interroge, pour contempler l'objet qu'il croit présent, flairer les odeurs, déguster les mets ou s'irriter du coup qu'on lui a donné. Le plus ordinairement les hallucinations sont en rapport avec les idées habituelles; quelquefois cependant il est impossible de saisir aucune liaison entre ces fausses sensations et les occupations, les pensées, les travaux.

Les hallucinations commencent très souvent par un seul sens; il est beaucoup plus rare de les voir débuter par tous à la fois. Quelquefois il arrive qu'après avoir duré plus ou moins longtemps l'hallucination première est remplacée par celles d'un autre sens et devient générale ; dans d'autres cas, elles changent d'un jour à l'autre.

Les différentes formes de l'aliénation impriment leur cachet aux hallucinations. Le plus souvent elles ne sont point soumises à la volonté; dans quelques variétés, cependant, on peut les évoquer à son gré. M. Moreau en a cité un exemple curieux. Il suffit quelquefois de fermer les yeux pour faire disparaître les hallucinations, tandis que, dans d'autres cas, cette occlusion en augmente le nombre. Elles présentent des particularités à noter sous le rapport de la forme des visions. Ainsi il arrive que les figures ne se montrent que d'une manière incomplète. Quelquefois l'hallucination n'existe que d'un seul côté ; M. Michea a appelé ces fausses perceptions des *hallucinations dédoublées* Ce fait semblerait venir à l'appui de la théorie du docteur Wigan sur la dualité du cerveau. Une disposition remarquable, c'est le développement des facultés intellectuelles. Les conversations des hallucinés avec les personnages créés par leur cerveau leur paraissent à eux-mêmes si rapides, qu'ils se les expliquent par une sorte d'intuition, un choc électrique, une action magnétique, une pénétration des deux êtres. Les hallucinations se montrent au moment de s'endormir, de s'éveiller, pendant la nuit. Nous les avons souvent observées pendant le jour; quelquefois on peut les évoquer à volonté, Blake, le voyant de Bethlem, le malade de M. Moreau, le fait du médecin cité, en sont des preuves concluantes.

Il est un symptôme des hallucinations d'un grand intérêt par les conséquences graves qu'il peut avoir. Très souvent les apparitions, les voix, n'ont qu'une action négative sur les aliénés; mais souvent aussi, par les conseils qu'elles leur donnent, les menaces qu'elles leur font et l'effroi qu'elles leur occasionnent, elles sont la cause d'une foule d'actes bizarres, de déterminations singulières, instantanées. Plus d'une fois elles ont poussé les hallucinés au suicide, au vol, au meurtre, à l'incendie.

Le pouls des hallucinés est généralement fréquent. Sur 50 aliénés, MM. Leuret et Mitivié ont constaté une moyenne de 95 pulsations. (*De la fréquence du pouls chez les aliénés*, Paris, 1832, in-8.) Au début, les fonctions digestives peuvent être dérangées, surtout dans les formes tristes. Le sommeil est généralement court et presque toujours troublé.

Toutes les idées, toutes les préoccupations peuvent se transformer en hallucinations, et varier par conséquent comme les individus. Nous avons déjà parlé des caractères propres à celles de la vue, de l'ouïe, du toucher, de l'odorat, du goût ; nous n'y reviendrons pas; nous ferons seulement remarquer que le plus ordinairement les hallucinations se combinent de diverses manières. Celles que nous avons rencontrées isolées ont été, dans leur ordre de fréquence, les hallucinations de la vue et de l'ouïe; du toucher, de l'odorat et du goût; celles de la vue et du goût sont très souvent réunies; viennent ensuite les hallucinations de la vue et du toucher; de tous les sens; de la vue, de l'ouïe et du toucher; de la vue, de l'ouïe et de l'odorat; de la vue, du goût et de l'odorat; de l'odorat et du goût. M. le docteur J. Pressat a cru remarquer que les fausses perceptions sensorielles se succédaient chez les mêmes

malades dans l'ordre suivant : hallucinations de la vue et de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher, de manière que les dernières ont toujours entraîné celles des sens précédents. (J. Pressat, *Observations sur l'absence du nerf olfactif*, 1834.)

D'après M. Baillarger, l'étude physiologique des hallucinations doit être partagée en phénomènes intellectuels et en phénomènes sensoriaux. Les phénomènes intellectuels, étudiés dans les hallucinations de l'ouïe, consistent en ce que les malades n'entendent que des bruits, des cloches, des bourdonnements, etc., ou bien ils répètent quelques mots toujours les mêmes; leurs fausses perceptions reproduisent leurs préoccupations habituelles, toutes leurs idées, leurs lectures, leurs paroles comme un écho; d'autres fois il arrive que les hallucinés croient qu'on s'adresse à eux à la deuxième personne, ou bien ils entendent parler d'eux à la troisième personne. Les hallucinations de l'ouïe reflètent les combats de la conscience; il existe deux voix, dont l'une conseille le bien et l'autre le mal; c'est la lutte du bon et du mauvais ange. Il y a des hallucinés qui entendent trois, quatre et jusqu'à douze et quinze voix différentes. Par moments, il se fait des changements dans les interlocuteurs; quelquefois les hallucinés ont des conversations avec des interlocuteurs invisibles. Il y a des hallucinations à deux voix; d'autres que les malades peuvent reproduire à volonté. Lorsque les malades parlent plusieurs langues, les hallucinations peuvent avoir lieu dans ces différents dialectes. Il faut encore signaler l'exaltation des facultés intellectuelles pendant les hallucinations, et les fausses perceptions qui reproduisent des sensations vives antérieures.

Les phénomènes intellectuels des hallucinations de la vue, plus fréquentes chez les personnes saines d'esprit, tandis que celles de l'ouïe se montrent plus chez les aliénés, se caractérisent par la reproduction d'un seul objet, toujours le même pendant un temps plus ou moins long, par celle d'objets très variés, par le rapport des visions avec les préoccupations actuelles des malades, par la reproduction de sensations vives extérieures.

Les phénomènes sensoriaux dans les hallucinations de l'ouïe sont ainsi caractérisés: les malades entendent des voix graves et fortes, d'autres qui ressemblent à des chuchottements, à des murmures. Les interlocuteurs invisibles peuvent ne parler qu'en pensée. Les voix arrivent aux hallucinés dans certaines directions; elles sont entendues à des distances différentes; quelquefois les malades n'entendent les voix que par une seule oreille. Les hallucinations peuvent être précédées ou accompagnées de bruits de nature diverse, de bruits dans les oreilles. Les voix peuvent partir de l'intérieur même des organes. Dans les phénomènes sensoriaux des hallucinations de la vue, les malades donnent souvent des détails très précis sur leurs fausses perceptions; d'autres fois, il leur semble ne les apercevoir qu'à travers une gaze, un voile. Les objets se meuvent, changent de dimension, se transforment, apparaissent ou disparaissent de certaines manières, persistent pendant un temps plus ou moins long. Le plus souvent le phénomène se produit tout à coup. La lumière, l'abaissement de la paupière, suffisent souvent pour faire cesser les hallucinations. Les images apparaissent dans une direction visuelle, elles sont vues à une certaine distance, elles suivent le mouvement des yeux. L'interposition d'un corps opaque les affaiblit ou les fait cesser. Enfin les hallucinations de la vue chez les aveugles, comme celles de l'ouïe chez les sourds, présentent des particularités qu'il importe d'étudier.

Trois conditions sont nécessaires, suivant M. Baillarger, pour que les hallucinations psycho-sensorielles se produisent: 1° l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination; 2° la suspension des impressions externes; 3° l'excitation interne des appareils sensoriaux. Les mêmes conditions favorisent le développement des hallucinations psychiques, moins toutefois l'excitation interne des appareils sensoriaux auxquels le phénomène est alors tout à fait étranger.

Anatomie pathologique. — Les recherches d'anatomie pathologique n'ont jusqu'à présent fourni aucune donnée positive sur le mode de lésion propre aux hallucinations; c'est du reste ce que le raisonnement avait fait conjecturer. Quant aux

faits recueillis par M. Foville, ils ne sont ni assez nombreux, ni assez connus, pour modifier l'opinion générale; il faut donc attendre que ce médecin ait publié ses recherches.

Les hallucinations n'ont point, en général, une marche continue; elles reviennent irrégulièrement, aussi bien le jour que la nuit, et offrent des rémissions assez marquées. Les occupations, le repos les diminuent et les font souvent complétement cesser. Les hallucinations, après avoir été continues, peuvent devenir rémittentes, intermittentes. La périodicité a été observée dans quelques cas. Leur durée présente de grandes variétés; nous en avons vu se dissiper en quelques heures, et d'autres persister pendant des années. La forme de la folie exerce de l'influence sur la marche et la durée des hallucinations.

Le diagnostic des hallucinations ne présente de difficulté qu'autant que les aliénés les cachent ou ne parlent pas, symptôme du reste assez commun parmi eux. Les hallucinations ont été regardées comme un signe peu favorable dans les vésanies. Cette proposition a besoin d'explication. Les hallucinations isolées, qui apparaissent à l'improviste, celles qui ne sont point compliquées de folie, les hallucinations du délire des ivrognes, du délire fébrile, guérissent, en général, assez facilement. Les hallucinations des substances narcotiques se dissipent dès que celles-ci ont cessé d'agir sur l'économie. Les monomanies gaies et récentes ne sont que médiocrement influencées par les hallucinations; il n'en est pas de même des monomanies tristes, qui en reçoivent souvent la plus fâcheuse impulsion. Les formes de l'aliénation font varier le pronostic. La manie peut rendre les hallucinations dangereuses par les déterminations qu'elle entraîne. Les hallucinations de la manie puerpérale, de la démence aiguë, de la démence, n'ont qu'une influence relative, sauf quelques rares exceptions. Il en est de même de la démence avec paralysie générale. L'ancienneté des hallucinations ajoute à la gravité du pronostic. Les guérisons d'hallucinations fort anciennes ne peuvent changer la règle. La durée prolongée des hallucinations modifie leur nature. Le pronostic des hallucinations simples est plus favorable que celui des hallucinations générales. Le pronostic des hallucinations compatibles avec la raison n'offre aucun danger. Les hallucinations des maladies nerveuses autres que la folie, telles que l'hypochondrie, l'épilepsie, augmentent la gravité de ces affections. Dans les maladies inflammatoires aiguës, chroniques et autres, les hallucinations sont en général passagères, mais elles n'en doivent pas moins être surveillées.

Le traitement des hallucinations a été longtemps complétement nul en France. L'examen des causes, des symptômes, celui surtout des faits cliniques, démontraient cependant la possibilité et la certitude de leur guérison. M. Leuret a le premier formulé en système le traitement des hallucinations, seulement il a beaucoup trop généralisé sa méthode. L'isolement est une mesure réclamée, toutes les fois que l'hallucination peut être préjudiciable à l'individu ou aux autres; il n'est point nécessaire, lorsqu'elle est inoffensive. Deux divisions doivent être établies dans le traitement, celle des agents physiques, celle des moyens moraux. Dans le traitement physique, les agents thérapeutiques les plus utiles sont les émissions sanguines, les boissons rafraîchissantes, les bains, les purgatifs, les vésicatoires; quelquefois les antispasmodiques, auxquels il faut joindre les occupations, les exercices. Dans un cas de *delirium tremens*, nous avons fait appliquer avec succès trente sangsues le long de la suture sagittale, après avoir fait raser le cuir chevelu. Dans les hallucinations avec excitation, nous nous sommes bien trouvé de l'emploi des grands bains, prolongés des huit et dix heures, avec l'irrigation d'après la méthode employée dans le traitement des fractures. Les émissions sanguines, poussées jusqu'à la syncope dans un cas cité par Esquirol, ont rendu l'aliéné aveugle, mais on ne l'eût pas guéri de ses hallucinations. Une forte secousse physique a déterminé la guérison des hallucinations; fait déjà observé dans d'autres espèces de folie. Les hallucinations guérissent dans quelques circonstances par les seuls efforts de la nature : nous avons rapporté l'observation d'une dame chez laquelle la maladie,

qui durait depuis près de deux ans, cessa du jour au lendemain.

Il y a quelques années le docteur Moreau (de Tours), a proposé l'emploi du datura stramonium dans les hallucinations. Sept guérisons furent obtenues en quatre, sept jours, un mois, avec des doses modérées d'extrait du suc dépuré de cette substance. Ces tentatives n'ont point été aussi heureuses en d'autres mains.

Les moyens moraux sont utiles ; dans leur choix on doit prendre en considération l'esprit, l'éducation du malade, la nature du délire. Le traitement moral qui suit les indications, hâte ou ralentit sa marche suivant les circonstances, varie les ressources d'après les personnes, procède avec prudence, réunit le plus de chances en sa faveur. Un événement imprévu, une émotion puissante, la comparaison subite de ce qui est avec ce qu'on croyait exister, font quelquefois cesser les hallucinations à l'instant. La méthode de M. Leuret est d'une application difficile chez les personnes habituées à réfléchir, à comparer et à vouloir ; elle doit être restreinte à un certain nombre de cas déterminés par la condition sociale des malades, leur caractère et le genre de leur délire.

Dans le traitement des hallucinations, il faut tantôt recourir aux moyens physiques, tantôt aux moyens moraux, tantôt à ces deux influences réunies.

ARTICLE II.

Des illusions.

Rien de plus commun parmi les aliénés que de prendre une personne pour une autre, un objet pour ce qu'il n'est pas ; ce sont même ces caractères qui constituent le genre : ainsi, tandis qu'il y a absence de tout corps extérieur dans l'hallucination, il faut pour base à l'illusion un objet sensible. Un homme voit dans les nuages des armées qui combattent, des anges qui jouent de la trompette ; cet homme est illusionné ; mais si, dans le calme des nuits, il entend des voix qui lui parlent ; si, dans l'obscurité la plus complète, il aperçoit des personnages que nul autre que lui ne découvre, il est halluciné. La privation des sens n'empêche point l'hallucination, tandis qu'elle est un obstacle aux illusions extérieures.

Ces erreurs des sens n'existent pas seulement chez les insensés, elles se manifestent également chez les hommes les plus sains d'esprit ; aussi pourrait-on jusqu'à un certain point les diviser en *illusions physiologiques* et en *illusions morbides*. Les illusions s'observent fréquemment dans l'état de santé, tels sont la tour carrée qui paraît ronde, le rivage qui semble fuir, le mirage. Ces illusions sont facilement corrigées par le raisonnement. L'ignorance, la peur, l'obscurité, sont très favorables aux illusions. Plusieurs fois, les illusions de la vue et de l'ouïe se sont montrées sous la forme épidémique. Une des principales est celle qui transforme les nuages en armées, en figures de toute espèce. Les croyances religieuses, les phénomènes d'optique, les lois physiques alors inconnues, les fièvres graves, qualifiées de pestilentielles, le dérangement du cerveau, en donnent une explication très naturelle.

Les illusions de l'ouïe ont enfanté mille histoires populaires. Le murmure des vents devenait la voix d'âmes plaintives qui réclamaient les prières des vivants ; les tombeaux, les grottes, les cavernes, étaient autant de lieux qui servaient de refuge, d'asile aux esprits. En traversant les champs de bataille, on entendait les gémissements des guerriers morts en combattant. L'*Histoire des croisades* de Michaud contient des faits nombreux d'illusions envahissant des réunions considérables d'hommes.

Dans les maladies mentales, l'illusion débute quelquefois la première, et ce n'est que secondairement qu'elle est remplacée par l'hallucination ; elle peut la compliquer, lui succéder ; elle peut aussi exister isolée. Comme l'hallucination, l'illusion peut d'abord être reconnue fausse ; mais la maladie faisant des progrès, elle est réputée réelle. Chaque sens peut être le siége de l'illusion, tous peuvent en être affectés simultanément.

Les illusions varient à l'infini ; une des formes les plus communes est la transformation des figures et des choses. Ces phénomènes ont souvent déterminé des querelles, des duels, des suicides, des meurtres. C'est ainsi par exemples que *les illusions de l'ouïe* font prendre les paroles les plus inoffensives, souvent même adres-

sées à d'autres, pour des injures, des offenses, des mots piquants. Le bruit le plus léger est métarmorphosé en un tapage effroyable. Les *illusions du toucher* font prendre le sable, les cailloux pour de la poudre d'or, pour des diamants. Les malades en remplissent leurs poches, leurs habits. Les *illusions du toucher* font croire aux aliénés qu'on les frappe. Il est certain que les douleurs rhumatismales, névralgiques, viscérales, deviennent pour beaucoup d'entre eux, la source d'illusions du toucher. Les *illusions de l'odorat et du goût* sont fort communes. Les uns flairent les objets les plus dégoûtants et leur trouvent un parfum excellent; les autres trouvent un goût empoisonné à leurs aliments. Les perversions du goût conduisent parfois aux résultats les plus dégoûtants. Nous avons vu pendant plus d'un an une de nos malades manger chaque jour une partie de ses déjections.

La plupart des illusions sont liées aux préoccupations, aux idées, aux habitudes, aux passions des malades; très fréquemment elles se compliquent d'hallucinations ou bien elles se changent les unes dans les autres; ce qui les a fait réunir par MM. Aubanel, Thore et autres. Leurs caractères distinctifs nous paraissent les séparer complétement. Esquirol est le premier auteur qui ait séparé les illusions des hallucinations. (*Des illusions chez les aliénés, Des mal. mental.*, t. I[er]. p. 202.)

Le caractère essentiel de la symptomatologie des illusions est la transformation des perceptions sensoriales fournies par les corps extérieurs ou intérieurs. Un personnage inconnu devient un ami, un parent, un époux; une femme est un homme. Les figures des aliénés paraissent à leurs commensaux changées en bien, en mal ou en celles d'autres individus. Une descendante du grand réformateur Luther, à laquelle nous avons donné des soins, pousse un cri d'effroi; elle vient d'apercevoir dans un miroir son fils horriblement changé; cette illusion était causée par sa propre image. Le roi Théodoric éprouve les remords les plus amers à la vue d'un poisson servi sur sa table, et qui lui représente la tête du sénateur Symmaque, qu'il avait fait périr sur une dénonciation.

Les symptômes les plus variés sont produits par les illusions: ainsi des individus croient avoir une tête d'oiseau, de cheval, un nez d'une longueur extrême ou qui s'allonge à vue d'œil, un corps de cire; d'autres sont persuadés qu'ils grandissent ou rapetissent, qu'ils volent dans les airs; plusieurs se disent changés en chiens, en chats, en loups, en diables. La *Revue britannique* a rapporté l'anecdote d'un Anglais qui prétendait être métamorphosé en théière. Van Berle, convaincu qu'il était de beurre, refusait d'approcher du feu de peur de fondre, et cette idée le fit se précipiter dans un puits.

Une pierre, un arbre, un morceau de tapisserie, se métamorphosent en apparitions effroyables. Les arbres, les haies, les buissons, peuplent les campagnes de fantômes. Souvent les nuages deviennent des personnages, des édifices, des anges, qui viennent consoler les mortels. Des spectres errent pendant la nuit au milieu des tombeaux.

Les illusions de l'ouïe ne sont pas moins fréquentes; les sifflements des vents deviennent des gémissements ou des voix menaçantes. Le bruit des flots apporte le dernier cri des naufragés. Les lieux qui ont été témoins de grandes catastrophes font, plusieurs siècles encore après l'événement, entendre les plaintes des victimes. Bessus saisit son épée et tue des hirondelles qui avaient fait leur nid dans sa chambre. « Voyez ces oiseaux, s'écrie-t-il dans un transport de rage, ils m'accusent d'avoir tué mon père. » L'histoire nous apprend qu'il fut, en effet, convaincu de ce crime.

Les illusions du tact ne sont pas moins remarquables que celles des autres sens. Quelques aliénés dont la peau fait mal ses fonctions, au plus léger contact, affirment qu'on les frappe, qu'on le meurtrit; d'autres, atteints d'affections cutanées, sentent des insectes, des araignées qui marchent sur leur corps. Un officier, dont parle Esquirol, poussait de temps en temps des cris pour repousser des objets menaçants. L'on sut qu'il prenait chaque brin de paille pour autant de becs d'animaux de proie qui le blessaient.

Quelquefois les symptômes se rapportent à des organes internes (*hallucinations internes, illusions viscérales, ganglionnaires*);

ces illusions sont fort communes chez les hypochondriaques. Les malades sentent des insectes qui se promènent dans les différentes parties de leur cerveau, des couleuvres qui leur rongent l'estomac, des grenouilles, des crapauds qui se promènent dans leur ventre. Une demoiselle se persuada qu'elle avait un ver qui lui rongeait le crâne. Les atrophies de la moelle épinière, son desséchement, appartiennent à la même catégorie. Esquirol range tous les phénomènes de l'union des sexes parmi les symptômes des illusions du tact; mais il y avait en même temps hallucination, puisque l'individu voyait une forme quelconque.

L'odorat, comme les autres sens, est une cause d'erreur pour les aliénés; une rose exhale une odeur méphitique; l'urine a un parfum enivrant. Beaucoup trouvent un mauvais goût à leurs aliments, parce que leurs fonctions digestives sont troublées ou que la muqueuse de la bouche est sèche, aride; et ils rejettent la nourriture, convaincus qu'on veut les empoisonner.

L'ouïe, ainsi que la vue, dit M. Michea (*ouv. cit.*, p. 125), offre deux espèces d'illusions subjectives : l'une, qui est indépendante de tout désordre matériel dans l'organe; l'autre, au contraire, dont l'explication ne peut se passer du concours des lois de la physique animale. Les premières sont les plus fréquentes et les plus intéressantes à étudier.

L'illusion, comme l'hallucination, peut être dédoublée: Bartholin parle d'une femme hystérique qui voyait seulement de l'œil gauche tous les corps de la nature raccourcis de moitié.

Les illusions sont assez fréquentes dans la monomanie, beaucoup plus communes dans la manie; elles deviennent plus rares dans la démence, quoiqu'on les observe dans un certain nombre de cas. M. Brierre a dans ce moment dans son établissement une demoiselle qui présente des symptômes de démence depuis quatre à cinq ans, et chez laquelle les illusions existent encore.

Leur durée est, en général, bien moins longue que celle des hallucinations, et il arrive fréquemment qu'elles se dissipent dès les premiers temps de la maladie. Il y a cependant des exceptions à cette règle.

C'est surtout pour les illusions qu'ont été tentés, dit-on, avec succès ces stratagèmes à l'aide desquels on faisait croire aux malades qu'on extrayait les animaux de leur corps. Ambroise Paré guérit un hypochondriaque qui croyait avoir des grenouilles dans l'estomac : on lui fit prendre un purgatif qui lui procura des selles abondantes ; on avait eu soin d'introduire furtivement de petites grenouilles dans le vase qui devait recevoir les matières rejetées. En parlant du traitement de la folie, nous avons dit ce qu'il fallait penser de ces guérisons. M. Guislain ne croit pas également que les faits soient bien établis. La guérison de la forme d'aliénation, à laquelle l'illusion se rattache, amène dans l'immense majorité des cas la cessation de ce symptôme.

ARTICLE III.

Délire aigu.

Il existe un genre de délire que les anciens ont appelé frénésie (*phrenitis*), les modernes délire aigu fébrile (délire aigu, maniaque, frénétique), qui, bien connu des médecins d'aliénés, n'a cependant été l'objet d'aucun travail spécial (1). Considérée, dès la plus haute antiquité, comme une lésion du cerveau et de ses enveloppes, la frénésie est encore rangée aujourd'hui, par la plupart des auteurs, dans la méningite, l'encéphalite ou la méningo-céphalite (2). Faisons toutefois remarquer qu'Hippocrate, dans son *Livre des épidémies*, paraît rapporter ce trouble de l'intelligence au causus, qui, d'après les savantes recherches de M. Littré (*OEuvres compl. d'Hipp.*, Paris, 1840, t. II, p. 530), ne serait lui-même que la fièvre rémittente continue des pays chauds. Quoi qu'il en soit de cette origine (sur laquelle nous reviendrons plus tard), les descriptions que l'on a faites de ce grand désordre de la raison, ont paru présenter à M. Brierre de Boismont des différences assez tranchées avec les faits qu'il a recueillis et

(1) Nous connaissons les bons travaux de MM. Georget, Lélut, Falret, Ferrus, Calmeil, sur le délire aigu, mais nous croyons celui de M. Brierre de Boismont plus complet; on verra d'ailleurs en quoi consiste la différence.

(2) Délire. — *Compendium de médecine pratique*, par MM. de Laberge, Monneret et Fleury.

ceux qui ont été recueillis par d'autres, pour qu'il ait cru utile de publier le résultat de ses recherches.

Obs. 1. *Délire aigu simple à la suite d'attaques épileptiformes. — Guérison.*

M. C..., âgé de quarante ans, est un homme grand, fort, d'une excellente constitution; sa famille n'a jamais eu d'aliénés, mais ses parents ont l'esprit faible, et lui-même est d'une intelligence médiocre. Depuis un mois, les personnes qui l'entouraient s'apercevaient qu'il n'avait plus la même activité; il était assoupi; souvent il lui arrivait dans la journée de s'endormir; il travaillait faiblement; de temps en temps il se plaignait de mal de tête.

Il y a trois jours, sans cause connue, il fut pris d'un violent accès d'épilepsie, à la suite duquel se montrèrent des symptômes de congestion. Le lendemain, il eut un second accès, et presque aussitôt le délire éclata : le malade se croyait perdu; il gémissait, tenait des discours sans suite; par moment il était extrêmement agité; il répétait qu'il sentait qu'il allait succomber; une fois même il dit que si cela devait durer, il aimerait mieux mourir. Comme son agitation augmentait à chaque instant; il fut conduit dans l'établissement de M. Brierre quatre jours après l'invasion du mal.

Lorsque ce médecin l'examina, il le trouva dans un état complet de délire; il croyait connaître toutes les personnes qui étaient autour de lui, quoiqu'ils ne les eût jamais vues auparavant. A chaque instant il poussait des cris aigus; on fut obligé de le changer de chambre. Pendant toute la nuit, il ne cessa de hurler, d'appeler au secours, à la garde. La face était vultueuse; le pouls accéléré, fréquent (110 pulsations), assez plein; la peau chaude, les yeux injectés.

M. C... avait été fortement saigné chez lui; son médecin lui avait également fait mettre deux fois les sangsues à l'anus et au cou, et prescrit plusieurs purgatifs énergiques.

Le lendemain, M. C... fut conduit au bain, où il resta dix heures, soumis, pendant cette période de temps, aux irrigations d'eau froide. Ce moyen fut employé trois jours de suite; dès le second bain, le malade se sentit beaucoup mieux; la raison lui était presque complétement revenue. Pour soutenir cette amélioration, il fut mis à l'usage de l'eau de Sedlitz, dont il prit quatre bouteilles à deux jours de distance chaque.

Le caractère de M. C... était resté irritable; il sentait lui-même qu'il n'était pas dans son état normal. On lui passa un séton derrière le cou. Huit jours après l'emploi de ce moyen, M. C... était tout à fait bien; il quitta la maison n'éprouvant aucune douleur. Il n'a pas eu depuis le plus léger symptôme cérébral.

Chez le malade dont on vient de lire l'observation, les symptômes précurseurs annoncèrent un travail de congestion vers l'encéphale; à cet état succéda le délire aigu, qui ne pouvait être ici rattaché à aucune cause morale. Fut-il la conséquence de la congestion? cela est probable; mais on ne peut dire que cela doive être naturellement, car on voit maintes et maintes fois survenir des congestions cérébrales très intenses, sans qu'il se manifeste de délire. La maladie eut une marche fort simple, comme dans les cas de l'espèce, et la guérison fut rapide.

Obs. 2. *Affection rhumatismale; déplacement de la douleur; délire aigu; traitement. — Guérison.*

M..., âgé de quarante ans, fort, bien constitué, fut atteint, il y a huit ans, d'un délire général qui dura trois semaines. Pendant cette période de temps le malade fut agité, turbulent; plusieurs fois on fut obligé de l'attacher. Le désordre des idées avait commencé par un mouvement fébrile intense qui nécessita plusieurs saignées. Peu à peu le calme se rétablit, et le malade reprit ses habitudes.

Huit années se passèrent sans que son intelligence donnât le plus léger signe de trouble; il dirigeait lui-même de grands travaux d'industrie, et conduisait un personnel immense.

Il y a six semaines, sans causes connues, disent les parents, mais, selon toute les probabilités, après quelques contrariétés, on s'aperçut que ses idées n'étaient

plus aussi lucides. M..., qui depuis plusieurs années était sujet à des rhumatismes, avait senti les douleurs s'aggraver, et se fixer d'une manière spéciale à la tête. Ce fut après la manifestation de ce symptôme que le délire éclata fortement. Rien ne pouvait attirer son attention ; ses idées étaient incohérentes, sans rapport avec les objets extérieurs ; il criait, gesticulait, voulait sortir, se précipiter par la croisée ; plusieurs hommes étaient employés à le retenir.

Le pouls était accéléré (120 pulsations), plein, fort ; la peau chaude, la face et les yeux injectés, le sommeil complétement nul, la constipation opiniâtre. Pendant les huit jours qu'il resta chez lui, cet état fut combattu par des saignées, des émissions sanguines et des bains. Le malade prenait assez facilement les boissons qu'on lui présentait ; d'autres fois il les refusait. Son exaltation et son délire ne se calmant point, il fut amené à Paris, et placé dans une maison de santé. On vint prier M. Brierre de lui donner ses soins.

A son entrée, il présentait les symptômes suivants : yeux hagards, tantôt fixes, tantôt très mobiles ; pupilles légèrement dilatées ; pouls encore accéléré, mais plus mou ; réponses incohérentes ; agitation extrême. Une application de sangsues (20) eut lieu sur les parties latérales du cou : il fut ensuite conduit au bain. Pendant plusieurs jours, l'agitation et le désordre des idées continuèrent ; on eut recours à de fréquentes purgations qui alternaient avec des bains. Peu à peu les symptômes diminuèrent d'intensité ; M... n'avait plus de fièvre, mais les idées étaient disparates, sans liaison ; il se mettait en colère à la plus légère contrariété.

Deux vésicatoires furent placés dans l'endroit qui était le siége habituel du rhumatisme. Cette médication acheva la guérison, et M..., complétement rendu à lui-même, est retourné dans son pays.

M... n'avait jamais eu d'aliénés dans sa famille ; il était sujet depuis longtemps à des rhumatismes, et l'on sait que cette affection, en disparaissant ou en se déplaçant, peut donner lieu aux maladies les plus graves ; la péricardite, la goutte remontée dans l'estomac, en sont des preuves suffisantes. Le rhumatisme, en se portant à la tête, détermina dans ce cas le délire aigu. L'indication qui se présentait était de combattre les symptômes inflammatoires, et plus tard de déplacer le rhumatisme. Ces indications furent remplies, et le succès vint récompenser le médecin de ses efforts.

Ces délires aigus symptomatiques de la lésion d'un autre organe sont assez communs dans la pratique. Plusieurs fois nous les avons observés à la suite de maladies du foie, dans les pneumonies. Dans ce dernier cas, M. Grisolle a employé avec succès l'opium, lorsque la pneumonie existait chez des ivrognes.

La présence de la bile dans l'estomac ou les intestins a suffi pour déterminer le délire aigu. Nous nous rappelons avoir vu, il y a quelques années, dans une maison de santé de Paris, un malade fort agité ; le délire était très intense. Il tenait les propos les plus décousus, allant sans cesse d'une place à l'autre ; sa peau était chaude et âcre, son pouls très fréquent ; il ne voulait rien boire. De jour en jour sa situation s'aggravait ; le traitement antiphlogistique n'avait été d'aucun secours ; on parvint à lui faire prendre un vomitif : il rendit par la bouche cinq ou six cuillerées d'une bile verte, *porracée*, épaisse. A peine cette évacuation fut-elle survenue que les symptômes s'amendèrent, et quelques jours après, le délire avait complétement cessé.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les cas de délire simple ; nous croyons devoir surtout appeler l'attention sur le délire hydrophobique et sur ses principales complications.

Obs. 3. *Monomanie triste (lypémanie) avec tendance au suicide ; délire aigu hydrophobique. Mort ; autopsie.*

Le 4 février 1839, on conduisit dans l'établissement de M. Brierre madame B..., âgée de soixante-six ans. Cette dame était grande, blonde, d'un tempérament lymphatico-sanguin et douée d'un embonpoint marqué. Sa santé avait toujours été jusqu'alors bonne, lorsqu'il y a six semaines environ, sans cause connue, cette dame devint triste, morose, se tourmentant de tout ; elle ne se croyait

pas vêtue, ne savait où aller, se refusait par moment à prendre de la nourriture, et marchait toute la journée.

On chercha à s'expliquer cet état par quelque motif plausible; la seule raison qu'on allégua fut le regret d'avoir quitté le pays où elle avait passé sa vie entière; encore affirmait-elle que cela ne lui avait rien fait. — Lorsque M. Brierre vit cette dame, il la trouva incertaine, irrésolue, elle ne savait que faire, ni comment se diriger et se soutenir. Ses mains erraient sans cesse; elle paraissait toujours chercher autour d'elle. L'interrogeait-on, elle répondait sans suite: sa figure était triste; elle levait continuellement les yeux au ciel. Un sentiment de crainte la dominait.

La nuit fut assez bonne; le soir, elle consentit à prendre des aliments. Le 5 au matin, elle était silencieuse; une seule fois elle répondit, aux questions réitérées qu'on lui adressait, qu'elle voulait se laisser mourir de faim. Depuis deux jours, elle avait refusé à différentes reprises la nourriture qu'on lui présentait. De sa bouche s'exhalait une odeur fétide gastrique qu'on sent chez les individus qui sont soumis à une diète rigoureuse. Le pouls était plein, sans fréquence; la constipation remontait à cinq jours. (10 centigrammes d'émétique et 30 grammes de sulfate de soude.)

Pendant la journée du 5, la malade se promena une grande partie du temps; elle avait l'air craintif, effrayé. Les renseignements avaient appris que c'était une femme faible et sans caractère. Le soir on eut beaucoup de peine à la faire monter dans sa chambre; elle se débattit tellement pour se coucher, qu'on fut obligé de l'attacher. Le lendemain, on prescrivit 10 centigr. d'émétique en lavage, qui ne donnèrent pas plus d'évacuation que les premiers.

Le refus des boissons devint très prononcé; on était obligé de la faire boire au biberon; elle répétait à chaque instant: *Mon Dieu, perdue, perdue!* Lorsqu'on s'approchait d'elle, ses yeux devenaient effarés; elle montrait cependant la langue, mais après des demandes réitérées. La pupille, dilatée, restait immobile. L'insomnie était continuelle, le pouls fréquent, plein (100 puls.), les gémissements ne cessaient point. (Saignée de trois palettes: le sang coule en abondance; eau d'orge miellée; le soir, lavement purgatif.) Le son de sa voix était rauque comme celui d'une dame qui était morte de la même maladie.

Le 7, agitation, cris. (5 centigr. d'émétique, lavement purgatif.) Le 8, 20 sangsues sont appliquées au cou; elles donnent beaucoup de sang. La malade refuse presque toujours de boire, ou bien elle se précipite sur le biberon, comme si elle voulait se blesser. Elle ne cesse de répéter: *Ah! mon Dieu, mon Dieu, perdue! perdue!* Du reste elle persiste à ne vouloir répondre à aucune question. Le soir, elle est bien plus calme; elle dit à la garde: *Vous venez vous coucher; moi je ne puis dormir.* La nuit est tranquille; l'agitation recommence vers les quatre heures.

Le 9, purgatif composé de 5 centigr. d'émétique, de 10 centigr. de jalap et de 30 gram. de sulfate de soude; il ne détermine aucune amélioration. Dans la journée, les dents et les lèvres deviennent fuligineuses; la langue se sèche; le pouls a de la fréquence, mais moins que dans les premiers jours.

Le 10, même état; la difficulté à avaler est plus grande. La malade urine dans son lit.

11. La déglutition est encore plus difficile. Il y a de l'agitation; séton derrière le cou. Quelque temps après cette opération, elle se met à parler, et prononce les paroles suivantes: *Le roi, le gouvernement, Paris, la Seine, sont tous noyés;* puis elle retombe dans sa taciturnité ordinaire. Tout fait présager une issue funeste. Depuis deux jours, madame B... ne prend plus aucune boisson; elle a trouvé le moyen de contracter les muscles du pharynx, de sorte que les liquides sont aussitôt rejetés. La mort est imminente. On cherche à introduire la sonde œsophagienne; elle pénètre difficilement; à l'aide de cet instrument, on lui injecte un verre d'eau d'orge miellée. Avant de recourir à ce moyen, on avait cherché à l'effrayer, en levant le poing sur elle comme si on voulait lui porter un coup: *Frappez-moi*, s'était-elle contentée de répondre.

A la deuxième introduction de la sonde, elle cherche par tous les moyens possibles à rejeter les boissons; elle rend par le nez

et par la bouche une certaine quantité de liquide.

Le 13, les forces sont un peu revenues; le visage est plus coloré. En réfléchissant aux difficultés éprouvées la veille à introduire la sonde, M. Brierre imagine de passer un mandrin recourbé, dans l'une de ses ouvertures; cette légère modification suffit pour engager convenablement l'instrument dans l'arrière-bouche, et le faire descendre plus profondément. Deux tasses de bouillon parviennent ainsi dans l'estomac. — Les forces se relèvent.

14. De temps en temps la malade rejette par la bouche une certaine quantité de pus mêlé de sang.—Lorsqu'on s'approche de madame B..., elle roule les yeux d'une manière effrayante; jusqu'aux derniers moments, elle refuse de boire, quoique les dents soient fuligineuses, la langue brune, desséchée, et les lèvres d'un brun noirâtre. Lorsque par hasard elle avale quelque peu de liquide, elle dit que c'est du poison. Elle reconnaît ses parents. Aux portes de la mort, agonisante, sa résolution n'est pas ébranlée. Fréquemment cette malade fait entendre des gémissements. Le 14 au soir, elle expire sur les onze heures, sans avoir eu d'agonie.

Autopsie. — L'ouverture a lieu le 16 au matin; le front est bien conformé; la circonférence de la tête n'offre rien d'anormal. *Crâne.* La dure-mère adhère très intimement à la boîte osseuse dans plusieurs points, et surtout à gauche; on peut néanmoins l'en détacher en la tirant fortement. L'arachnoïde est opaline dans quelques points; sa cavité renferme très peu de sérosité. Les membranes n'ont contracté aucune adhérence avec la substance cérébrale. A l'extérieur, le cerveau est ferme, résistant; les circonvolutions sont bien dessinées, les anfractuosités également prononcées.

La dissection ne présente rien de particulier; les deux substances ne sont pas plus injectées que dans l'état ordinaire; elles ont une consistance ferme. La coloration bleuâtre de la grise, notée par quelques auteurs, n'existe pas. Les ventricules ne contiennent point de sérosité, leurs parois sont même plutôt sèches. Le cervelet est ferme, sans traces d'injection. Les sections ne laissent couler que peu de sang. Les os ne sont ni plus minces ni plus épais que d'habitude.

Abdomen. — L'estomac est large, les intestins ont leur diamètre ordinaire. Incisé, l'estomac laisse dégager une certaine quantité de gaz. La muqueuse est d'un rouge brun, mamelonnée; dans quelques endroits, elle est brunâtre; il n'y a point de ramollissement, car le dos du scalpel et la lame n'en détachent pas de fragments. Les intestins présentent quelque chose d'analogue. Il n'y a de matières fécales que dans l'arc du colon; malgré seize jours de constipation, le rectum, l'S iliaque du colon n'en contiennent pas. Les matières de l'arc du colon sont isolées, par petits pelotons. Les autres organes sont sains.

Lorsque l'aliénation mentale éclate à une époque avancée de la vie et qu'elle a une forme aiguë, sa terminaison est souvent funeste. La mort, la démence et la paralysie générale en sont les suites assez ordinaires. Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, la cause de l'affection ne saurait être très bien établie; peut-être cependant l'éloignement des objets auxquels elle était habituée depuis si longtemps détermina-t-il le dérangement de son esprit. Il est, en effet, d'observation que les idées ont d'autant plus de force sur l'individu qu'elles sont plus limitées; c'est un fait que les paysans, et parmi ceux-ci les montagnards, sont fréquemments atteints de nostalgie. Presque tous les sauvages qui sont transplantés dans les villes les plus civilisées ne tardent pas à succomber à cette funeste maladie, si leur séjour se prolonge trop longtemps.

La forme par laquelle débuta le désordre des facultés intellectuelles de cette dame fut celle qui appartient à la mélancolie. Sa figure exprimait l'anxiété à laquelle elle était en proie; et, comme beaucoup de ces aliénés, elle manifestait le projet de se laisser mourir de faim. Bientôt le délire succéda à cette monomanie triste, et le refus des boissons persista jusqu'au tombeau. Les lèvres et la langue étaient noires, les forces anéanties, l'intelligence perdue, et la volonté semblait se réveiller pour repousser le vase qu'on approchait des lèvres.

On a vu que l'introduction de la sonde

avait offert quelques difficultés; la modification qui consistait à introduire dans l'un des œils de l'instrument un mandrin en fer, moulé sur la direction du plancher des fosses nasales, a toujours permis depuis de nourrir les aliénés, quelque résistance qu'ils opposassent.

Pendant la vie, on avait noté la coloration d'un brun noirâtre des lèvres et de la langue de la malade; cette coloration est assez rare; elle aurait pu faire soupçonner une fièvre de mauvais caractère. L'ouverture ne montra aucune lésion des follicules et des plaques de Peyer. L'état mamelonné de la muqueuse stomacale, sa coloration, sembleraient annoncer que ce viscère avait subi quelque atteinte, mais il ne faut pas oublier que cette membrane n'était point ramollie.

L'examen de la tête devait appeler toute notre attention; les recherches les plus minutieuses ne nous ont offert aucune altération de couleur, de texture, de consistance, soit dans le cerveau, soit dans les membranes, à moins qu'on ne veuille attribuer la maladie mentale à l'adhérence de la dure-mère aux os du crâne, quoiqu'il ait suffi de quelques efforts pour les séparer l'un de l'autre. Voici donc un cas de délire qui n'a laissé après lui aucune trace pathologique.

Obs. 4. *Délire aigu; aliénation depuis douze ans. Mort; autopsie.*

« Le 28 juillet 1843, mademoiselle B..., âgée de soixante ans, fut conduite dans l'établissement de M. Brierre. Cette dame, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait le système musculaire très développé, les cheveux bruns. Les renseignements apprirent qu'elle était aliénée depuis douze ans; l'époque du temps critique paraît avoir été le point de départ de la maladie. L'affection mentale était caractérisée tantôt par une grande agitation, tantôt par une mélancolie profonde. Dans un de ces accès, M. de Villiers père, qui lui avait donné des soins, remarqua qu'elle ne voulait pas manger. Depuis quelque temps cette demoiselle était un peu plus calme, lorsque trois jours avant son arrivée elle fut prise d'un délire violent : elle poussait des cris, voulait se jeter par la croisée, brisait les objets. On lui pratiqua une saignée; mais, comme le mal augmentait, on fut obligé de l'attacher.

» Lorsque M. Brierre la vit, elle paraissait abattue, ne répondait point aux questions qu'on lui adressait, quoiqu'elle semblât par moments les comprendre; mais cet état d'accablement dura peu; elle se mit aussitôt à aboyer comme un chien; elle chantait, et répétait vingt fois le même mot. Elle refusa d'abord de boire; mais, en lui parlant dans le sens de son délire, elle avalait quelquefois brusquement les boissons qu'on lui présentait. La face était colorée, l'œil hagard, sinistre; la peau, et celle du front en particulier, chaude; la langue sèche et rouge; les lèvres étaient enduites d'un mucus filant, quelquefois desséché; le ventre n'était point douloureux à la pression et n'offrait rien à noter; le pouls était fréquent (100 pulsations), mais peu développé.

» La malade fut mise immédiatement au bain, où elle resta pendant six heures, soumise à une irrigation continue; elle prit douze grains de calomel. Pendant toute la durée de son bain, elle ne cessa de chanter d'une manière très précipitée. Cette demoiselle, qui a été très bien élevée, et qui faisait partie d'une congrégation religieuse, tenait les propos les plus singuliers, et entonnait la *Marseillaise*. C'est une remarque que nous avons eu souvent l'occasion de faire chez les personnes bien nées, professant des principes religieux, lorsqu'elles sont en délire ou aliénées. L'agitation continua toute la nuit. La maigreur du sujet, le peu d'utilité des émissions sanguines en pareil cas, ne permirent point d'insister beaucoup sur ce moyen : on se borna à une saignée, et à une application de sangsues derrière les oreilles, mais on recommanda les compresses réfrigérantes que presque toujours les malades lancent loin d'eux.

» Le 29, le refus de boire était plus prononcé; la malade gardait les boissons dans la bouche, et les rejetait ensuite. Son délire continuait, mais sans violence, sans cris de fureur; elle répétait vingt fois le dernier mot qu'elle entendait, comme les maniaques; elle comprenait quelques questions, et y répondait par un signe de tête :

le plus souvent elle n'entendait rien. Elle crachotait sans cesse et dans toutes les directions. Le pouls était à 90 pulsations, petit, dépressible. Un deuxième bain avec irrigation lui fut administré. Elle devint plus calme, prononça quelques paroles raisonnables, et dit qu'il était affreux de mourir enragée ; elle consentit à boire quelques tasses de tisane.

» Le 30, les symptômes avaient repris leur marche ; la malade refusait de boire ; elle avait quelques uns des traits de la manie. Jusqu'au 2 août, il n'y eut point de changement ; on était obligé, depuis trois jours, de la faire boire au moyen de la sonde introduite par le nez. Elle opposait une résistance extrême, et faisait des efforts pour rejeter les liquides.

» Le 2, la figure était altérée, le refus des boissons encore plus prononcé ; à l'agitation, aux chants, aux grimaces, avaient succédé de l'abattement, une sorte de marmottement, et la jactation de la tête. M. Bricheteau, qui avait été appelé en consultation, trouva le pouls fréquent, mais sans résistance ; la figure se colorait par moments, les pupilles étaient normales. La malade ne répondait point aux questions, remuait automatiquement la tête ; elle avala deux gorgées de liquide ; sa voix était altérée et rauque. Il fut convenu qu'on continuerait les compresses d'eau froide sur la tête ; on prescrivit des vésicatoires aux jambes, du calomel à l'intérieur, des pilules camphrées, des lavements et des sangsues derrière les oreilles, si des signes de réaction avaient lieu. A partir de ce moment, la malade ne voulut rien boire.

» Le 3, les traits étaient fort altérés ; elle ne parlait pas ; dès qu'on lui mettait quelque chose dans la bouche, elle le rejetait ; mais elle faisait quelquefois signe qu'elle comprenait les mots qu'on lui adressait.

» Le 4, la peau est froide, les yeux sont enfoncés ; le refus des boissons est toujours opiniâtre. La connaissance n'est point revenue ; à huit heures du soir elle expire.

» L'*autopsie* fut faite trente-six heures après la mort. L'estomac, l'œsophage et le pharynx présentaient des traces de rougeur dont les unes parurent dues au contact de la sonde, et les autres aux effets de l'abstinence. Les intestins contenaient des matières fécales ; les autres organes n'offraient rien de particulier.

» La dissection du cerveau fut faite avec beaucoup de soin par MM. Bricheteau et Brierre de Boismont. Les os du crâne, surtout le frontal et l'occipital, avaient beaucoup de dureté. Les pariétaux étaient minces ; il n'y avait point d'adhérence avec la dure-mère. Lorsque celle-ci eut été incisée, il s'écoula deux ou trois cuillerées de sérosité ; à la base du crâne, il y avait trois ou quatre cuillerées de sang. Le cerveau à l'extérieur ne présentait rien d'anormal ; il avait sa configuration habituelle ; les lobes antérieurs n'étaient ni plus ni moins développés que d'habitude. Le cervelet avait ses dimensions habituelles.

» L'examen extérieur des membranes n'offrit qu'une injection très modérée. Après les avoir incisées, on les détacha avec précaution ; elles avaient leur transparence habituelle sans épaississement, ni opacité, ni granulations ; elles n'étaient pas plus injectées qu'elles ne le sont dans beaucoup de cas, sans analogie ; elles s'enlevaient avec la plus grande facilité ; et n'avaient contracté aucune adhérence avec la substance corticale. La même disposition existait sur les deux faces du cervelet et à la base du cerveau.

» Les membranes enlevées, on examina le cerveau ; les circonvolutions et les anfractuosités avaient leur disposition ordinaire ; la substance corticale présentait sa coloration habituelle ; elle n'était ni ramollie, ni indurée ; en la disséquant, on n'y trouva point d'injection ; aucune coloration anormale n'existait dans l'intérieur. La substance blanche était légèrement injectée, mais sans trace d'altération aucune ; elle avait sa consistance et sa coloration habituelles. Il n'existait dans les ventricules latéraux aucune sérosité. Les plexus choroïdes, les corps striés, les couches optiques, avaient leur aspect ordinaire. Le cervelet était sans altération.

» Cette observation, comme l'a fait très bien observer M. Bricheteau, est doublement intéressante sous le rapport du délire aigu et de l'aliénation mentale. Ainsi, la malade est d'abord en proie à une agitation extrême qui oblige les parents à l'attacher, par la crainte qu'ils ont qu'elle ne se jette

par la croisée ou qu'elle ne se blesse. Pendant les trois jours qui précèdent son entrée, elle ne cesse de crier, de s'exalter, de tenir des propos incohérents; elle refuse les aliments, les boissons. Enfin, dans l'impossibilité de la garder plus longtemps, ils l'amènent dans la maison. Sa figure est colorée; ses yeux sont hagards, sinistres; son pouls est accéléré, quoique peu résistant; elle ne répond point aux questions qui lui sont adressées, ou ne le fait que par saccades; elle crachote et cherche à mordre; la peau est chaude, la langue rouge et sèche. Cet état persévère quatre ou cinq jours, puis est remplacé par de l'abattement; elle a quelques éclairs de raison. Comme dans la plupart des cas de ce genre, le refus des boissons existe, ne cesse qu'à de courts intervalles, et persiste jusqu'au dernier moment. Et cependant, après de pareils désordres, qu'on qualifiait autrefois de frénésie, auxquels on donne maintenant le nom de méningite, de méningo-céphalite, il n'existe aucune altération appréciable des membranes et du cerveau.

» Quant à l'aliénation mentale, qui a lieu depuis douze ans, et qui a été caractérisée par des accès maniaques de toute espèce, alternant avec des accès de mélancolie, elle ne laisse, après une durée aussi longue, aucune de ces lésions qui ont été attribuées à la folie chronique, comme les altérations des membranes, leur adhérence, la diminution de volume des circonvolutions, surtout dans les lobes antérieurs, la décoloration de la couche corticale et l'induration de cette même couche; le ramollissement de la substance grise ou des deux substances. On ne trouve même pas quelques unes de ces altérations banales que l'oubli de l'anatomie, que nous serions tenté d'appeler comparée, a pu seul faire attribuer à l'aliénation. » (*Gazette médicale*, 10 août 1843.)

Les différentes histoires que l'on vient de lire ont dû donner au lecteur une idée suffisante du délire aigu; il a devant lui les éléments de la question; mais, pour qu'il puisse se prononcer en toute connaissance de cause, nous allons maintenant lui présenter la partie synthétique, ou, en d'autres termes, recomposer la maladie à l'aide des faits particuliers.

La description des symptômes nous paraît devoir être faite la première; car, si le délire aigu doit être séparé des autres affections du même genre, c'est surtout dans la symptomatologie que doit être cherchée la cause de cette distinction. Examen des désordres de l'intelligence, de la sensibilité, de la mobilité et des autres fonctions, telle est la marche que nous allons suivre.

Lésions de l'intelligence. — *Délire.* — Le désordre des idées prend un caractère qui lui est propre. Il y a dans les traits, le mouvement des yeux, le geste, l'attitude, une expression sinistre qui révèle la nature du mal et sa gravité.

Le plus ordinairement, le délire n'arrive pas tout à coup; il est annoncé par des accès précurseurs, par un changement dans le caractère, les habitudes, les goûts. Plus ou moins longtemps avant l'explosion, on voit des malades, d'une humeur égale, devenir sombres, querelleurs, emportés, prodigues, avares, malhonnêtes. Les mêmes métamorphoses se manifestent dans le genre de vie; des individus, jusqu'alors indifférents en matière de religion, se livrent aux pratiques du culte les plus minutieuses; d'autres, habitués à remplir leurs devoirs avec la plus grande exactitude, ne s'en acquittent qu'avec nonchalance. Il en est qui montrent une grande exaltation dans tout ce qu'ils font; ils parlent avec une extrême volubilité; leur parole est brève, leur voix quelquefois changée. Plusieurs, longtemps avant la maladie, ont parfois de l'inconhérence dans les idées. Il n'est pas rare que ce dérangement reflète la pensée intime, la passion dominante.

Ces signes précurseurs peuvent ne durer que quelques jours, quelques semaines, ou persister des mois, des années; soit que les prodromes aient existé, soit que l'invasion du mal ait lieu brusquement, le délire éclate.

Presque toujours, il est général, les idées vont, viennent, se pressent, se choquent, sans rapport entre elles, et sans liaison avec les objets extérieurs; c'est en vain qu'on cherche à frapper l'attention du malade, il ne répond pas aux questions les plus pressantes; il est sourd à la voix des parents, des amis, ou, s'il est un instant

fixé, sa parole est brève, saccadée, et *la folle* du logis reprend sa course vagabonde. Les idées peuvent se succéder sans aucun ordre avec une rapidité telle qu'on ne peut les suivre; les mots qui les expriment ont à peine le temps d'être prononcés, tant l'articulation est vive, abrupte, saccadée.

Quelquefois ce sont les mêmes paroles que le malade répète des journées entières, mais avec des particularités différentes; ainsi, après avoir dit, je suppose : *Paris, Rouen, sauvé, Jésus, Marie, Joseph, damné*, il recommence mille fois de suite cet exercice; ou bien il prend chacun de ces mots un à un, le prononce sept ou huit fois de suite, passe aux autres, en faisant le même exercice pour tous. Quelques uns de ces malades font entendre, après chaque parole, un rire bruyant sardonique.

Quelque bizarre que soit cet assemblage d'idées, de mots incohérents, on remarque, chez la plupart des malades, que le délire révèle leur caractère, leurs habitudes, leur profession, la cause du dérangement de l'esprit; en un mot, porte l'empreinte des idées avec lesquelles le cerveau est le plus habituellement en contact. Chez les personnes religieuses, rien n'est plus ordinaire que d'entendre les noms de Jésus, Marie, Dieu, et cent autres expressions du même genre, dites d'une manière extatique, et comme si elles voyaient les cieux ouverts; un des traits distinctifs de ce délire, c'est l'abattement, le découragement profond dans lesquels il jette ces délirants; le plus grand nombre s'imagine être damné. « Perdue! perdue! ne cessait de crier l'une d'elles; je suis condanmnée aux enfers. » Une autre nous affirmait qu'elle voyait les démons autour de son lit. Toutes les sectes religieuses paraissent, dans ce genre de délire, être sous les mêmes idées de terreur; M. Brierre a eu dans son établissement un ministre anglican qui disait dans son délire : *Enfer, enfer, je serai damné!* En ce moment, une dame grecque répète à chaque instant : *Je vais aux enfers!* Cette impression de terreur est en rapport avec l'air sinistre des yeux et de la physionomie.

Ce désordre de la raison, souvent effrayant par sa rapidité et sa violence, présente des intervalles, des rémissions dans sa marche. Le malade, tout à l'heure encore agité, furieux, sans l'ombre de bon sens, semble revenir à lui-même, répond aux questions qu'on lui adresse d'une manière juste, mais brève, comme s'il avait hâte d'en finir. Quelquefois la connaissance n'est qu'en partie conservée; ses réponses raisonnables sont mêlées d'idées sans suite; on dirait que le délire n'abandonne le patient qu'à regret. Les intervalles lucides peuvent être assez longs; un jeune homme, dont l'agitation était terrible, eut un retour à la raison qui dura quinze heures. Le délire est quelquefois intermittent.

Le délire aigu est le plus souvent bruyant; les malades crient, chantent, hurlent, s'emportent, menacent, injurient, cherchent à frapper, à mordre; il en est dont l'agitation et la fureur sont telles, qu'on les prendrait pour des enragés. Chez d'autres, les propos sont incohérents, semblables à ceux des maniaques, mais le délire est tranquille. Quelques malades sont alternativement bruyants et taciturnes. Il en est qui gardent un silence obstiné pendant toute leur maladie; d'autres qui ne veulent point parler aux personnes qui les entourent, mais rompent de temps en temps le silence avec un parent, un ami. Une d'elles parlait la nuit, et se taisait dès que le jour arrivait.

L'air, la conduite de quelques uns de ces malades semblent annoncer qu'un sentiment malicieux dirige leurs actions; nous en avons vu qui nous regardaient en dessous, comme s'ils eussent attendu le moment où nous les aurions quittés, pour faire ce qu'on leur avait demandé. A peine avions-nous le dos tourné, qu'ils parlaient ou buvaient; d'autres se glissaient hors de leur lit, pour faire leurs besoins dans les différentes parties de leur appartement. Un de ces malades cherchait à frapper dans les endroits du corps les plus dangereux.

L'idée du suicide s'observe dans quelques cas. Un de nos malades, au milieu de son délire, eut constamment cette pensée pendant les cinq derniers jours de son existence : insensible à tout ce qui se passait autour de lui, la peau brûlante, le pouls fréquent, il entrait en fureur dès qu'on voulait le faire boire; les seules paroles qu'il prononça, à deux ou trois re-

prises différentes, furent les suivantes : *Laissez-moi mourir*. Pendant toute la durée de sa maladie, quoiqu'il ne prît le plus ordinairement aucune boisson, qu'il eût la fièvre, il ne s'alita que le dernier jour.

Le délire aigu présente deux périodes assez bien tranchées : l'excitation et l'affaissement. La durée de la première varie suivant les individus; ainsi, tandis que l'agitation persiste quelquefois jusque dans les derniers jours de la vie, elle peut s'arrêter presqu'à son début. Le plus ordinairement, elle se prolonge pendant une partie de la maladie, diminue d'intensité, et est remplacée par la période d'affaissement. Il est des personnes chez lesquelles on n'observe pas d'excitation; chez d'autres, elle a lieu d'une manière intermittente. La période d'affaissement est quelquefois fort courte; elle arrive dans les derniers moments de l'existence; d'autres fois, sa durée est assez longue. Les nuances de cette période sont variables, suivant les idiosyncrasies; les uns restent couchés sans rien dire, ou marmottent quelques mots sans suite d'une manière presque inintelligible; les autres se parlent continuellement à voix basse, mais distinctement; il en est qui semblent se réveiller de temps en temps de leur accablement pour crier, injurier, vociférer. Ordinairement, l'affaissement succède par degrés à l'excitation; il peut la remplacer brusquement.

Entre ces deux périodes, on remarque quelquefois un temps d'arrêt, une sorte de transition; on dirait que la nature épuisée a besoin d'un peu de repos. Cet état diffère de l'affaissement par l'expression de la physionomie, par l'ensemble des autres symptômes, qui annoncent seulement la fatigue, tandis que, dans la période d'affaissement, il y a quelque chose de typhoïde.

Lésions de la motilité. — Le système musculaire participe au dérangement des autres fonctions; il est exalté, perverti, affaibli. Au début de la maladie, la motilité prend un accroissement considérable; les individus, toujours agités, déploient une force extrême, ils luttent avec énergie. Une dame était si furieuse, que cinq hommes la maintenaient à peine sur son lit. Lorsque ces malades ne sont pas couchés, ils ne peuvent rester en place, marchent sans cesse, mordent, renversent, frappent; les obstacles les irritent. Un de ces délirants fut dans une agitation continuelle pendant dix jours; il criait, vociférait, sautait, essayait de franchir les murs, injuriait les personnes qui se trouvaient en contact avec lui, les frappait; et, pendant tout ce temps, il ne but que quelques verres d'eau et mangea deux ou trois fruits.

Le plus ordinairement, on est obligé d'attacher les malades; leurs mouvements désordonnés ne s'arrêtent point, ils sont quelquefois si rapides qu'on a peine à les suivre; ils lancent leurs bras et leurs jambes dans toutes les directions, bondissent sur leur lit, se débarrassent de leurs couvertures, s'élancent au dehors; il faut sans cesse les replacer.

Cet accroissement de l'action musculaire n'est le plus souvent qu'une exagération de l'état normal, comme on l'observe dans la colère, la fureur, l'ivresse; mais il arrive souvent aussi que les muscles entrent en convulsion. Cette perversion peut être générale, elle peut être locale; tantôt les yeux, la face, le corps, les bras et les jambes sont tout convulsés, tantôt le désordre est limité à une partie du corps.

Ces convulsions, surtout celles des yeux et de la face, sont quelquefois si rapides, que la vue en est fatiguée. Dans quelques uns, elles consistent seulement dans des soubresauts des tendons.

Parmi les régions du corps qui sont plus particulièrement atteintes de convulsions, les mâchoires et l'œsophage méritent une attention particulière. Le grincement des dents est fort ordinaire chez quelques malades, et donne lieu à un claquement continuel, semblable au bruit des castagnettes; plus souvent les dents restent fortement serrées, surtout lorsqu'on veut faire boire les malades. Le refus des boissons, si commun dans le délire aigu, nous paraît souvent tenir à un spasme de l'œsophage; l'éloignement pour les liquides, la longueur de l'abstinence, malgré la fièvre, les efforts pour rejeter, paraissent autant de faits en faveur de cette opinion.

Il n'est pas rare de voir les convulsions se reproduire au moindre bruit, par exemple lorsqu'on entre dans la chambre du

patient, qu'on approche de lui ou qu'on le touche. Elles ne sont pas toujours passagères : chez une demoiselle, la tête était renversée en arrière, le corps roide comme une barre de fer, et on aurait pu le soulever tout d'une pièce.

Les convulsions peuvent se montrer sous la forme épileptique, hystérique et cataleptique; ces deux dernières variétés nt surtout lieu chez les femmes.

Après une durée plus ou moins longue, es convulsions peuvent cesser tout à coup, et l'on voit des malades aller au bain sans presque être soutenus. Une personne, qui avait eu un fort accès, se trouva le lendemain en état de sortir et de passer toute la journée dans Paris. J'ai cité un malade qui fut dix jours dans cet état, sans cesser de marcher; je pourrais encore rapporter l'exemple d'un autre qui ne s'alita que quelques heures avant sa mort. Les rémissions sont très marquées; quelquefois l'agitation n'a lieu que la nuit, et cesse le jour.

Avec les progrès du mal, l'agitation se calme, les mouvements convulsifs deviennent de plus en plus rares; mais on les voit souvent se reproduire quand on veut faire boire les malades : nous les avons observés dans les derniers jours de la vie, quoiqu'ils ne se montrassent plus depuis quelque temps.

L'exaltation musculaire, les convulsions, la contracture (1), n'arrivent pas dans tous les cas; il est des individus qui restent immobiles sans dire un seul mot; leur physionomie est triste, résignée, empreinte d'une mélancolie profonde; ils guérissent ou meurent sans avoir eu d'agitation, à moins qu'on ne les contrarie ou qu'on ne cherche à les faire boire.

Dans les cas nombreux de délire aigu qui ont été soumis à l'observation, de M. Brierre, il n'a jamais noté l'abolition complète de la motilité; la paralysie générale ou locale, que tous les nosographes rangent au nombre des symptômes de la méningite et de l'encéphalite, est donc un phénomène rare dans le délire aigu.

Lésions de la sensibilité. — Une maladie dont le caractère dominant est l'exagération, doit offrir de grands troubles dans la fonction de la sensibilité; c'est aussi ce que montre l'observation. La plupart des individus atteints de délire aigu ont une exaltation extrême; ils ne cessent de gémir, de crier, de vociférer, de hurler. Ces cris sont presque toujours si aigus, si pénétrants, qu'on est forcé de les reléguer dans les endroits les plus reculés de la maison. Cette perversion de la sensibilité est surtout marquée dans les premiers jours; elle diminue peu à peu et cesse dans la deuxième période, quoiqu'il ne soit pas rare de voir des individus pousser encore des hurlements dans les derniers moments de leur vie. L'exaltation de la sensibilité explique l'agitation de la plupart des malades au commencement du délire, et le déploiement considérable de force qu'on remarque en eux.

Ce trouble peut persister pendant plusieurs jours; souvent il offre des rémissions marquées; chez quelques individus, ce phénomène manque complétement; on les dirait frappés d'engourdissement, de torpeur, d'anéantissement.

Le bruit augmente fréquemment le désordre de la sensibilité. Des malades, qui étaient tranquilles, laissés seuls dans leur chambre, n'entendent pas plus tôt mettre la clef dans la serrure, qu'ils s'agitent, font retentir l'air de leurs cris, et ne se calment que lorsqu'on s'éloigne d'eux. Cette exagération de l'ouïe se remarque aussi pour les autres sens; il y a des malades qui se retournent dans leur lit pour ne pas voir la lumière. La sensibilité de la peau paraît aussi s'exalter dans quelques circonstances; car les malades sont agités de frémissements, de mouvements convulsifs, lorsqu'on les touche. Le plus grand nombre cependant se laissent palper sans rien dire.

Quelques uns de ces malades ont des hallucinations; ils voient, ils entendent des choses qui n'ont de réalité que dans leur cerveau. Une dame se débattait dans une angoisse affreuse, les flammes de l'enfer l'entouraient, les démons dansaient autour de son lit. Un jeune homme ne ces-

(1) La contracture nous paraît devoir se rapporter à l'encéphalite; quant aux convulsions, nous croyons qu'une distinction importante doit être établie entre les véritables convulsions et celles du délire aigu qui se rapproche du type maniaque.

sait de parler à des individus qui bourdonnaient à ses oreilles et qui affectaient de se tenir dans un coin de l'appartement ; ce même homme poussait des cris continuels. L'eau monte à chaque instant, s'écriait-il ; elle gagne mon lit et va m'étouffer. Un autre de ces malades, tourmenté par une semblable vision, s'était élancé sur une croisée, et il aurait pu se tuer, si on ne se fût empressé de le saisir.

Les illusions sont assez communes dans le délire aigu ; les malades prennent les personnes qui les entourent pour des individus qu'ils connaissent, ou bien il leur semble que les figures sont étranges, qu'elles se transforment, qu'elles ont des expressions singulières. On observe également des illusions du goût et de l'odorat. Les boissons qu'on parvient à faire prendre aux malades sont souvent rejetées avec horreur, parce qu'elles sentent la fumée, que leur saveur est détestable ; ils disent qu'on cherche à les empoisonner. Nous en avons vu qui assuraient, au contraire, que les tisanes avaient le goût des meilleurs vins et qui entraient dans des sortes d'extase en les buvant. Peut-être faut-il attribuer aux hallucinations et aux illusions les suicides qu'on observe si fréquemment dans les maladies qu'on appelle vulgairement fièvre chaude, fièvre cérébrale, et qui ne sont fort souvent que des délires aigus. (A. Brierre de Boismont, *Des hallucinations, ou Histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme*. Paris, 1845, in-8, p. 278.)

Quelquefois le trouble de la sensibilité est précédé de syncope ; à peine les malades sont-ils revenus à eux, qu'ils se mettent à crier, à s'agiter, à faire des menaces. A mesure que l'affection fait des progrès, l'augmentation de la sensibilité diminue, elle finit même par disparaître ; mais on n'observe presque jamais alors cet anéantissement, cette stupeur, qu'on a signalés dans la troisième période de la méningite.

Hydrophobie. — Le caractère des symptômes qui viennent d'être étudiés a sans doute quelque chose d'assez spécial pour fixer d'une manière particulière l'attention sur le délire aigu ; mais celui que nous allons maintenant examiner est si prononcé, qu'il suffirait à lui seul pour justifier la démarcation que M. Brierre a établie entre cette maladie et les autres affections du même nom (1). Presque tous les individus ont éprouvé une répugnance plus ou moins forte pour les boissons. Chez les uns, elle se montre dès le début du délire ; chez les autres, au bout de quelques jours seulement. On ne peut se faire une idée de l'énergie sauvage avec laquelle ces infortunés refusent les liquides, de quelque nature qu'ils soient.

On les voit contracter tous les muscles de la face, serrer les lèvres et les dents d'une manière convulsive, et avec une telle force, que rien n'est capable d'écarter les mâchoires. En vain leur pince-t-on le nez ; en vain ferme-t-on hermétiquement les lèvres ; rien ne peut vaincre leur résistance, ou s'ils ouvrent la bouche pour respirer, ce moment est si rapide, qu'il est impossible d'introduire le biberon. Parvient-on à le placer entre les dents, ils le serrent, le mâchonnent et le déforment. Le liquide introduit est aussitôt rejeté par la bouche, par les narines, lancé à la figure des assistants, ou bien il s'écoule par les angles de la bouche.

Pour échapper au contact du vase, non contents de serrer les dents avec un véritable grincement, ils tournent rapidement la tête de droite à gauche et de gauche à droite, sans rester un seul instant en repos, et parviennent à se mettre la face en dessous. Nous en avons vu qui, au moindre bruit, contractent tous les muscles, comme s'ils avaient la certitude qu'on va les faire boire.

(1) Nous n'ignorons pas que les auteurs ont signalé l'existence de l'hydrophobie dans les maladies. On lit dans le *Nouveau traité de la rage*, par Trolliet : *L'hydrophobie dont les symptômes présentent le plus d'analogie avec la rage*, *est celle qui accompagne l'inflammation du cerveau. Les nombreux exemples de rage spontanée que rappelent les auteurs, ne sont à nos yeux que des phlegmasies ou des névroses avec horreur de l'eau.* — Dans son *Histoire du choléra-morbus de Pologne*, M. Brierre a rapporté deux observations compliquées d'hydrophobie. Mais il y a loin des faits isolés, souvent dissemblables, incroyables, à l'ensemble d'observations qui compose ce travail ; le plus léger examen suffit d'ailleurs pour montrer les différences qui existent entre les recherches de ces auteurs et celles de l'auteur ; ajoutons, d'ailleurs, que plusieurs de ces observations se rapportent évidemment au délire aigu,

Pendant la lutte qu'on est obligé de soutenir avec eux, leurs yeux roulent avec une vivacité inouïe, s'agitent convulsivement, sont hagards; la figure exprime la menace, le besoin de se venger, et plus d'une fois ils ont mordu ceux qui n'étaient pas assez sur leurs gardes.

Chez quelques personnes, cette horreur des boissons persiste pendant toute la maladie, et l'on voit des jeunes filles entrer en fureur et contracter les lèvres quelques heures même avant la mort. Une de ces malades agonisantes resta inébranlable, et expira sans vouloir rien prendre. Cette persistance est un fait important, et que nous n'avons observé dans aucune autre maladie cérébrale.

Il y a des individus qui répondent raisonnablement aux questions qu'on leur adresse; on croit que l'accès est passé, on s'empresse de leur présenter à boire; ils refusent avec la même énergie. Les prières, les supplications, les larmes, rien ne peut vaincre cette répugnance ou cette opiniâtreté. Chez d'autres, les menaces, les paroles dures, les douches, l'apparence de la colère, n'obtiennent pas de meilleur résultat. Une de ces malades, menacée fortement, répondit : *Frappez, mais je ne boirai pas.* S'obstine-t-on à les faire boire, ils se débattent, poussent des hurlements, et ressemblent à des énergumènes. L'aspect de la physionomie est véritablement effrayant. Tous les muscles de la face, du pharynx, sont sous l'influence d'un spasme; les efforts de contraction sont même sensibles à l'œil. Nous étions parvenu à faire boire, malgré elle, une de ces malades; pendant toute la journée, elle exécuta des mouvements qui indiquaient qu'elle cherchait à contracter les muscles de l'arrière-bouche pour déjouer nos efforts. En effet, le lendemain, le liquide reflua par les fosses nasales et la bouche.

Le refus des boissons peut durer plusieurs jours, et il est assez fréquent d'observer des malades qui n'ont rien bu depuis vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, et même depuis trois, quatre, cinq et six jours. Nous avons donné nos soins à une dame qui, pendant vingt jours, ne prit de liquide qu'à l'aide de la sonde œsophagienne. Ce symptôme présente des rémissions plus ou moins marquées. Des malades, qui avaient rejeté tous les liquides, consentent à boire au moment où l'on s'y attendait le moins. Quelquefois, un mot, un souvenir, une influence quelconque, suffisent pour vaincre leur résistance. Buvez, au nom de votre mère, disait-on à une demoiselle fort religieuse; aussitôt sa figure prenait une expression de ravissement, d'extase, et elle avalait ce qu'on lui présentait.

Dans le plus grand nombre des cas, l'hydrophobie diminue avec les progrès du délire. Considéré sous le rapport de sa marche, ce symptôme peut persister pendant toute la durée du mal; le plus souvent il est rémittent; quelquefois il est intermittent. Un ministre protestant eut six attaques de délire aigu, avec refus des boissons chaque fois. Parmi les faits de ce genre, nous citerons le suivant : Une jeune demoiselle boit le premier jour avec avidité; le deuxième, la soif est moins prononcée; le troisième jour, après quelque hésitation, elle refuse obstinément de prendre aucune boisson. Pendant trois jours, elle accepte les tisanes ou les rejette avec colère; le septième, elle boit tout ce qu'on lui présente; le huitième, rien ne peut la décider à avaler les liquides; elle grince des dents, entre en fureur, lorsqu'on approche d'elle avec un verre, et s'enfonce brusquement dans son lit. Ce refus opiniâtre persiste les dixième, onzième et douzième jours, époque de sa mort. Moribonde, la face hippocratique, ne parlant plus, elle serrait les lèvres, et se détournait pour fuir le verre qu'on lui présentait.

Carphologie ou *carpologie.* — Ce symptôme, signalé par Arétée, n'a été noté par M. Brierre que deux fois dans quinze cas. Les individus qui en étaient affectés avaient une agitation automatique et continuelle des mains et des doigts, qui, tantôt semblaient chercher des flocons dans l'air, et tantôt roulaient ou palpaient de diverses manières, et sans but, les draps et les couvertures du lit. La carphologie alternait avec le *crocidisme;* le malade voulait continuellement enlever le duvet des draps et des couvertures. Ces symptômes n'apparurent que vers les quatre derniers

jours du délire, et, dans les deux cas, les malades succombèrent.

Circulation. — La fièvre accompagne toujours le délire aigu. Au commencement de la maladie, le pouls est souvent plein, dur et très accéléré; d'autres fois, quoique fréquent, il est petit et mou. Dans le cours du délire, il diminue de force, devient quelquefois petit, filiforme, insensible, puis il augmente de fréquence et de volume. Dans la deuxième période, il est surtout faible et petit, quoiqu'il puisse rester accéléré et même plein. Dans les derniers moments de l'existence, il bat quelquefois avec une extrême vitesse, donnant de 140 à 150 pulsations. Chez un de ces malades prêt à expirer, toutes les artères furent agitées de battements précipités et tumultueux. Le nombre ordinaire des pulsations varie entre 100 et 120. Plusieurs fois, nous avons remarqué que des saignées répétées et une diète prolongée n'avaient eu aucune influence sur l'accélération et la force du pouls; tel était le cas d'une jeune dame, à laquelle on avait pratiqué trois saignées, et qui ne mangeait pas depuis dix jours.

Lorsque la maladie a duré un certain temps, le pouls peut perdre sa fréquence, et présenter le rhythme normal; mais souvent alors il redevient rapidement fébrile. La fièvre peut paraître cesser, se montrer de nouveau pour cesser encore chez le même individu. L'intermittence de la fièvre a été constatée chez un malade qui eut cinq accès de délire. Dans les jours de calme, le pouls revenait à l'état naturel; il s'accélérait aux approches de l'accès, et conservait sa fréquence pendant toute sa durée. En général, la nature des complications, l'âge, et surtout la constitution du sujet, influent sur la circulation d'une manière remarquable.

Faciès. — Dans les premiers jours de la maladie, la figure est ordinairement colorée, vultueuse; les yeux injectés. Cette coloration, qu'on observe dans le plus grand nombre des cas, peut manquer, et la teinte de la face est, au contraire, très pâle. Quelquefois, la figure est alternativement colorée et pâle. L'injection diminue peu à peu, et, vers la fin de la maladie, la peau prend une teinte jaunâtre, jaune paille, ou d'un blanc terreux. Chez plusieurs individus, la face devient hippocratique.

Etat des yeux. — Les yeux révèlent la gravité du mal, et leur aspect suffit seul pour annoncer une affection cérébrale. Leur expression est généralement sinistre, et ce caractère est quelquefois si prononcé chez certains malades, qu'on dirait qu'ils ont fait un mauvais coup. Dans d'autres cas, ils prennent un air de malice. Tantôt les yeux sont fixes, tantôt ils sont très mobiles, agités de mouvements convulsifs; ils se portent avec une telle rapidité de gauche à droite, de haut en bas, dans toutes les directions, qu'on ne peut les regarder sans fatigue. Dans quelques circonstances, ils sont injectés, sanguinolents, brillants, font saillie hors de l'orbite. Chez une femme, ils étaient alternativement ternes et brillants. Beaucoup de ces malades ont les yeux effarés, hagards, menaçants. La pupille est très fréquemment dilatée; lorsque la maladie est avancée, la dilatation diminue, et l'œil reprend sa dimension habituelle; la contraction peut se montrer dès le début de l'affection. La dilatation et la contraction de la pupille sont moins constantes que l'étrangeté du regard. Enfin, il arrive quelquefois que les yeux, pendant le cours du délire, ne sont ni dilatés ni resserrés.

Lorsque le délire a duré quelque temps, les yeux perdent de leur éclat, de leur vivacité; ils deviennent ternes, s'enfoncent dans l'orbite, et, quelques jours avant la mort, on voit apparaître à leur centre une petite tache, un petit nuage, qui répond souvent à une dépression. A cette époque, l'œil est le siége d'une sécrétion muqueuse puriforme, qui, d'abord légère et limitée à ses angles, ne tarde pas à augmenter; les paupières sont fortement collées, et il faut les lotionner fréquemment avec de la guimauve, pour que le malade puisse les écarter. Ce signe est presque toujours fâcheux, car la plupart de ceux chez lesquels nous l'avons observé ont succombé.

La *langue* reste presque toujours très rude, et n'offre point de trace de rougeur, blanchit au bout de quelques jours. Elle peut se sécher, devenir collante, brunâtre. Nous l'avons vue chez un malade se sécher, prendre une teinte brunâtre, et se nettoyer plusieurs fois.

La *lèvre* et les *dents* ne présentent le plus ordinairement rien de particulier; mais, à une époque avancée de la maladie,

elles se sèchent, brunissent quelquefois, et se couvrent fréquemment d'un enduit visqueux, collant, épais, jaunâtre. Les lèvres, agglutinées par cet enduit, ne peuvent que difficilement s'écarter, maintenues qu'elles sont par des filaments muqueux innombrables.

Les *oreilles* sont quelquefois chaudes et rouges. Chez un malade, elles se dressaient continuellement ; on eût dit qu'il prêtait l'attention la plus grande à ce qui se passait autour de lui.

La *voix* participe aux souffrances de tout l'organisme ; elle s'altère, devient rauque, s'affaiblit, prend un son particulier ; son timbre est quelquefois fêlé. Elle peut être alternativement naturelle et rauque. Dans quelques cas, elle s'éteint, et les malades sont complétement aphones. Cette abolition de la voix se remarque surtout dans les terminaisons fatales.

Nutrition. — Les facultés digestives sont presque toujours anéanties ; non seulement l'appétit est complétement perdu, mais les malades semblent même éprouver une répugnance invincible pour les aliments ; ils les repoussent, les rejettent, et meurent sans avoir voulu rien manger. Quelquefois, cependant, ils prennent une ou deux fois ce qu'on leur présente, puis n'en veulent plus. Un d'entre eux, pendant huit jours, ne but que quelques rares tasses d'eau, mangeant de temps à autre des feuilles qu'il arrachait aux arbres. On fut obligé de lui mettre la camisole ; malgré cette diète, il ne s'alita pas ; le pouls battait 110 et 120 fois. A chaque instant il demandait à boire, comme si un feu intérieur l'eût dévoré ; mais, lorsqu'on lui présentait le verre, il le refusait en disant qu'il était empoisonné ; et, lorsque vaincu par la soif il était contraint de boire, il avalait le liquide avec précipitation et malgré lui. La violence des symptômes, la marche rapide de l'affection, l'abstinence, amènent un amaigrissement presque instantané : aussi est-il arrivé plusieurs fois que les personnes qui avaient passé trois à quatre jours sans voir le patient avaient grand'peine à le reconnaître, tant il était changé. Ceux qui succombent sont réduits au dernier degré de marasme. Il ne faut pas croire cependant que tous les malades refusent constamment les aliments ; plusieurs prennent ce qu'on leur présente, et paraissent le manger avec avidité. Il en est d'autres qui mangent par intervalles, et témoignent ensuite une extrême répugnance pour la nourriture.

La constipation est un phénomène presque constant dans le délire aigu : aussi faut-il recourir à des purgatifs énergiques, donnés à des doses élevées, pour obtenir des évacuations alvines.

Sécrétions. — Chez la plupart des malades, la peau est chaude, sèche, âcre, la transpiration arrêtée. Dans la dernière période, la peau peut se couvrir d'une sueur glacée. Il y a des différences dans ce symptôme : ainsi, la peau peut être moins chaude que dans l'état normal ; elle peut être alternativement chaude et froide ; quelquefois elle est prise d'un refroidissement subit. Plusieurs de ces individus crachotent sans cesse ; les draps, les couvertures, les murs, sont remplis de leur salive ou du mucus bronchique qu'ils lancent quelquefois par malice à la figure des assistants. D'autres fois, il se fait une sécrétion muqueuse par les narines, les oreilles ; nous avons parlé de celle des yeux, nous n'y reviendrons pas. L'expectoration muqueuse des bronches est quelquefois comme purulente, et cependant, à l'autopsie, nous n'ayons rien trouvé de spécial dans les canaux bronchiques. Dans quelques cas, l'expectoration consiste en une espèce de mousse fort abondante, que les malades semblent rejeter par regorgement.

Un phénomène qui s'observe assez fréquemment chez ces sortes de malades, c'est une odeur fétide qui se répand dans l'appartement. Dans un mémoire spécial, M. Brierre (*Mémoire sur un projet d'établissement d'aliénés*, couronné en 1834 par la Société des sciences physiques et naturelles de Bruxelles ; *Annales d'hygiène publique et de médecine publique*, Paris, 1836, t. XVI, p. 39 et suiv.) a appelé l'attention sur cette odeur, qui nous paraît propre aux aliénés ; elle provient de la transpiration, et est quelquefois si pénétrante que les murs, les meubles, les habillements, l'air de la chambre, en sont pour ainsi dire saturés. Cette fétidité peut aussi dépendre des exhalations pulmonaire, buccale, stomacale, et des déjections. Dans quinze cas de délire aigu, on a trouvé neuf

fois l'haleine fétide, une fois acide et cinq fois nauséabonde.

L'hémorrhagie nasale, signalée par les anciens, n'a été notée que deux fois dans les observations; elle était peu abondante, se renouvelait de temps en temps, et fut prise dans un cas pour une hémoptysie. Elle se montra après quelques jours de souffrance, et lorsque les symptômes inspiraient de l'inquiétude. Les deux individus succombèrent.

L'évacuation des matières fécales est presque toujours involontaire; il en est de même des urines. Un de ces malades fut affecté d'une paralysie de vessie qui dura huit jours, et disparut comme elle était venue. Les médicaments avaient été sans action; on se borna à vider l'organe au moyen de la sonde. La rapidité de la marche du délire aigu n'a point permis de constater les troubles de la menstruation, excepté dans un seul cas, où il y eut suppression.

Décubitus. — Dans les premiers jours, les malades sont tellement agités qu'on est obligé de les fixer au moyen de la camisole; quelques uns, cependant, ne s'alitent pas, et marchent continuellement, quoique le mouvement fébrile soit élevé, qu'ils s'agitent, crient, et se refusent à boire ou à manger. Mais, lorsque le mal a fait des progrès, ils restent couchés sur le côté, pelotonnés, la figure tournée vers la muraille, comme s'ils recherchaient l'obscurité. Il en est qui ne cessent de glisser au pied de leur lit; en vain les remonte-t-on, ils reviennent à la position déclive.

Sommeil. — Dans une affection d'une nature aussi grave, il ne doit point paraître surprenant que le sommeil soit fort rare. Presque tous les individus atteints de délire aigu, à quelque époque du jour ou de la nuit que vous les visitiez, ont les yeux ouverts, ou, s'ils ont quelques moments de repos, leur sommeil est agité. Lorsque le délire a duré quelques jours, et que les symptômes d'acuité ont un peu diminué, les malades dorment un peu mieux; mais, le plus ordinairement, ce sommeil n'est qu'un accablement, une sorte d'engourdissement. Lorsque le sommeil se prolonge plusieurs heures, qu'il est calme, il peut être l'indice de la guérison.

Anatomie pathologique. — Si le délire aigu n'était que la méningite ou la méningo-céphalite, nous devrions retrouver dans les lésions anatomiques celles qui sont propres à ces deux maladies. Examinons les faits; ils se chargeront de répondre aux objections.

La troisième observation ne présentait aucune altération de l'arachnoïde et de la pie-mère; la consistance et la coloration du cerveau étaient normales. La quatrième n'est pas moins concluante, puisqu'on ne trouva aucune lésion dans le cerveau et dans les membranes, quoique le délire aigu fût enté sur une aliénation qui existait depuis douze ans.

Dans plusieurs observations consignées dans le mémoire, et que les limites de ce travail ne nous permettent pas de rapporter ici, on trouve les désordres suivants : adhérence de la dure-mère aux os du crâne; sur la ligne médiane; arachnoïde blanchâtre et opaque, légèrement épaisse à la base; pie-mère injectée; point d'adhérences; substance grise légèrement injectée dans quelques points, offrant une teinte comme ardoisée; substance blanche sablée de sang, de consistance faible.

Les individus chez lesquels on a noté ces lésions cadavériques, de peu de valeur, ont tous eu une maladie cérébrale qui a duré huit, dix, quatorze jours, avec agitation extrême, refus plus ou moins prononcé des boissons, fièvre, mouvements convulsifs et coma. Peut-on, avec l'hypérémie bornée tantôt aux membranes, tantôt au cerveau et à quelques parties le plus ordinairement; peut-on, disons-nous, avec ce caractère anatomique, expliquer la cause de ces graves désordres de l'intelligence, de la mobilité et de la sensibilité? Dans l'état actuel de nos connaissances, une réponse affirmative serait contraire aux plus simples notions.

Il y a plus : c'est que l'injection, la coloration rosée, le pointillé, le sablé, appartiennent à une multitude de faits différents; l'embarras de la circulation et de la respiration, l'agonie, déterminent l'injection du cerveau; dans un certain nombre de cas, l'ivresse a le même résultat; l'épilepsie produit des effets analogues. Dans la fièvre typhoïde, il arrive assez fréquemment que les méninges et le cerveau sont injectés, changés de consistance, sans qu'il y ait eu

de délire, ou sans que le trouble de l'esprit ait offert d'analogie avec la maladie que nous décrivons. Depuis vingt ans, nous avons assisté aux autopsies faites par les médecins les plus distingués des hôpitaux, et souvent, après les affections cérébrales les plus compliquées et les plus diverses, nous n'avons trouvé pour toute explication que la couleur opaline des membranes, leur coloration rosée, l'injection du cerveau, de la sérosité, un peu plus de densité.

Enfin, et ce point est capital, il ne faut pas perdre de vue que, dans deux observations, on n'a constaté aucun désordre morbide.

L'épaississement, la couleur opaline de l'arachnoïde, ont été donnés comme des caractères de la méningite ; ces altérations peuvent exister sans qu'il y ait jamais eu de délire.

Les observations d'individus morts avec infiltration, épaississement, coloration blanchâtre des méninges, sans aucun désordre d'intelligence, sont nombreuses dans la science ; il suffit, pour s'en assurer, d'ouvrir tous les cerveaux des cadavres transportés dans les amphithéâtres. On trouve sans doute aussi des lésions d'organes qui n'ont été aucunement soupçonnées pendant la vie; mais ces faits sont rares, et dépendent souvent d'un examen superficiel, tandis que les changements indiqués, et qui devraient toujours se révéler dans un organe aussi important que le cerveau, sont au contraire fort communs.

Il ne faut pas d'ailleurs oublier que l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde se rencontrent chez les vieillards, chez les individus sujets depuis longtemps à de violentes céphalalgies, chez les personnes qui portent depuis plusieurs années un caillot, un foyer apoplectique, un ramollissement cérébral, qui sont mortes de manie chronique, de démence et de paralysie. M. Lélut a trouvé ces deux altérations sur vingt-cinq cerveaux de suppliciés. (*Examen anatomique de l'encéphale des suppliciés, Journal des progrès*, juin 1830.)

Poursuivons l'analyse d'autres faits, ils sont au nombre de quatre. La première observation de cette catégorie nous montre les os du crâne minces et faciles à briser. A peine la voûte du crâne est-elle enlevée, qu'il s'écoule une assez grande quantité de sang ; les glandes dites de Pacchioni sont très multipliées ; l'arachnoïde est blanchâtre, épaisse antérieurement, injectée en arrière et sur les côtés ; la pie-mère est sans adhérence avec la substance grise ; celle-ci est dans l'état normal ; la substance blanche est très sablée. La couche optique, de chaque côté, a perdu son aspect blanchâtre et poli ; on dirait qu'elle a macéré dans l'eau.

Dans la deuxième, il existe une adhérence intime de la dure-mère aux os du crâne ; l'arachnoïde est épaissie ; la pie-mère, injectée, adhère à la substance corticale dans plusieurs points du sinciput ; la couche superficielle de la substance grise est ramollie ; sa consistance est celle de la crème ; sa coloration est généralement rosée ; la substance blanche est injectée ; la partie postérieure de la couche optique est ramollie ; les circonvolutions inférieures sont aplaties.

La troisième observation présente des altérations encore plus étendues. Les capillaires artériels sont injectés ; les membranes adhérentes ; la pie-mère, finement injectée, adhère dans une grande étendue à la substance grise ; celle-ci, très ramollie, surtout antérieurement, s'étale sur la pie-mère comme une crème. La consistance générale du cerveau est plus mollasse. La substance corticale est très injectée ; dans beaucoup d'endroits, l'injection est plus marquée ; dans la partie contiguë à la substance blanche, les changements de texture, de coloration, l'adhérence des membranes, quoique existant dans toute la circonférence du cerveau, sont surtout prononcés en avant. La substance blanche est également injectée ; mais cette teinte est plus marquée dans certains points.

L'appréciation des lésions cadavériques de cette seconde catégorie nous paraît d'une extrême importance. Dans une des observations, suivant l'opinion de plusieurs anatomo-pathologistes, il existe une lésion de l'arachnoïde, ou plutôt du tissu cellulaire sous-jacent ; mais cette altération est déjà ancienne, c'est au moins ce que, dans l'état actuel de nos connaissances, son épaississement et sa couleur blanchâtre semblent attester. Point d'injection étendue des membranes, point d'adhérence avec la substance corticale, point

de coloration morbide de cette dernière. La céphalalgie dont le malade était tourmenté depuis plusieurs années est, selon toutes les probabilités, le point de départ de la lésion des méninges. Quant à l'injection de la substance blanche, elle s'explique aussi bien par l'agonie que par l'agitation à laquelle le malade fut en proie jusqu'à ses derniers moments.

Les lésions d'une autre observation consistent dans l'adhérence des méninges et le ramollissement de la substance grise; mais ces altérations sont aussi celles attribuées dans ces derniers temps à la méningite chronique, ou plutôt à la paralysie générale, quoique le malade n'eût aucun des symptômes de cette grave maladie ; ajoutons qu'elles ont été également constatées dans la manie et dans d'autres affections qui n'ont aucun rapport avec l'aliénation. — Comment se fait-il, si cette lésion était ancienne, que M. B... ait pu vaquer à ses affaires jusque dans les derniers temps de sa vie ? et si elle était récente, comment ne s'est-il alité que quelques heures avant de mourir? Ce n'est certes point la marche de la méningite chronique, ni celle de la méningo-céphalite aiguë. Il y a encore ici une autre question : les désordres constatés après la mort sont-ils cause ou effet du délire aigu? Un homme meurt de chagrin ; à l'autopsie on trouve de grands désordres dans les poumons et les voies digestives. Dira-t-on que ces changements de texture sont la cause du mal?

Un de ces cas est un argument en faveur de ceux qui veulent que le délire aigu soit le résultat de la méningo-céphalite, quoiqu'il n'y eût pas plus dans ces cas que dans les autres de pus, d'exsudation purulente ou de fausses membranes. Parmi les lésions que le scalpel révèle, il en est une qui n'a pas été indiquée : je veux parler de l'injection de la substance corticale du côté de la couche blanche, tandis qu'elle est très prononcée dans l'endroit où elle adhère aux méninges ; mais ici revient la question que nous avons déjà posée, et sur laquelle nous insistons avec force : Ces altérations sont-elles cause ou effet du délire? — Voulez-vous un exemple? Un négociant apprend à l'improviste qu'il est ruiné ; il reste comme frappé de la foudre ; sa figure pâlit, son regard s'éteint, il est mort. On l'ouvre et l'on aperçoit dans le cerveau un vaste épanchement. La douleur morale a été sans aucun doute, dans ce cas, la cause de la lésion physique.

Le dernier cas de cette seconde catégorie a pour caractères anatomiques une injection et une friabilité plus grandes des membranes avec ramollissement jaunâtre de la couche superficielle des lobes antérieurs. Mais comment se fait-il que cette lésion donne lieu, dans ce cas, au délire aigu, tandis qu'elle sera dans d'autres cas l'expression matérielle d'un ramollissement ordinaire, d'une méningite, d'une encéphalite, d'une méningo-céphalite, ou qu'elle entraînera seulement la perte de la parole, la prononciation forcée de quelques mots toujours les mêmes, enfin ne se révélera par aucun symptôme? Ce cas de délire aigu présente sans doute quelques uns des caractères anatomiques de la méningo-céphalite ; mais sa physionomie et sa marche ressemblent si peu à cette dernière maladie qu'on est forcé d'avouer que ces deux affections ne sauraient être confondues.

Peut-on d'ailleurs admettre, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'il existe une inflammation aiguë des méninges ou du cerveau, lorsqu'on ne constate pas un état semi-purulent du liquide encéphalo-rachidien, du pus véritable situé au dedans ou au dehors de l'arachnoïde, des épaississements récents, et presque encore pseudo-membraneux du feuillet cérébral de cette membrane? C'est cependant ce qui est arrivé dans tous les faits que nous avons observés.

En résumé, le délire aigu peut ne laisser après lui aucun désordre anatomique. Dans quelques cas, il présente une simple injection des méninges et de l'encéphale ; d'autres fois il est accompagné des lésions de la méningite chronique ou de la paralysie générale. Il peut aussi offrir quelques unes des altérations du ramollissement, de la méningite, de l'encéphalite et de la méningo-céphalite.

Les conséquences à tirer des faits précédents, c'est que le délire aigu, comme la folie, n'a pas de lésion qui lui soit propre. Les modifications de texture, de couleur, de consistance qui l'accompagnent quelquefois ne diffèrent en rien des

altérations signalées par les observateurs dans la manie, la démence et la paralysie générale.

Ces états pathologiques n'étant eux-mêmes que les résultats de la congestion, de la méningite, de l'encéphalite et de la méningo-céphalite, il semble, au premier abord, naturel de conclure que le délire aigu et l'aliénation mentale ne sont que des inflammations des méninges et de la pulpe cérébrale. Cette conclusion, inadmissible par rapport à l'aliénation, n'est pas plus fondée relativement au délire aigu. Tout ce qu'on peut raisonnablement prétendre, c'est que ces diverses lésions morbides ne sont que les complications de la maladie qui fait l'objet de cet article.

Pour compléter ces recherches sur l'anatomie pathologique du délire, nous allons donner un extrait des travaux de MM. Lélut et Calmeil sur ce même sujet.

M. Calmeil a écrit sur les nécropsies du délire aigu des remarques qui donnent encore plus de force à notre opinion. La diversité des résultats fournis par les recherches cadavériques faites sur les cerveaux des délirants, dit ce médecin distingué, nous montre combien il est difficile d'apprécier les conditions cérébrales du délire. Il est évident que les altérations que l'on a trouvées dans la plupart des cas étaient la cause de plusieurs symptômes, et non d'un seul. Ainsi, la réunion de ce phénomène avec plusieurs autres, et notamment avec le coma et les désordres musculaires, leur dépendance commune d'une même affection cérébrale, encéphalite, méningite ou autres, mettent à peu près dans l'impossibilité de déterminer la modification particulière du cerveau à laquelle est dû le délire.

On peut seulement présumer que cette modification est fort légère, et bien éloignée d'être ce qu'on appelle une *désorganisation*, si l'on tient compte des faits suivants : 1° le délire le plus complet de l'ivresse se dissipe en quelques heures en ne laissant qu'un peu de fatigue de l'organe : 2° toutes les fois que le délire a existé sans désordres musculaires très marqués, le cerveau ne présente qu'un peu d'injection ; une consistance plus grande, une petite quantité de sérosité dans les ventricules, une injection de la pie-mère, quelquefois une infiltration de sérosité dans cette membrane ; l'arachnoïde est plus rarement lésée. Les ouvertures de corps ne confirment point l'opinion des auteurs anciens et modernes qui ont prétendu trouver constamment la cause du délire et des convulsions dans une inflammation de l'arachnoïde. (*Dict. de méd.*, t. X, p. 26, art. Délire.)

M. Lélut, dans son travail sur le *Délire aigu*, *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie*. Paris, 1836, in-8), a tracé, avec sa sagacité habituelle et son excellent esprit d'observation, les caractères de cette affection, qu'il sépare de la méningite, de l'encéphalite et de la manie aiguë. Dans le tiers des délires aigus, dit ce médecin, je n'ai pas trouvé de lésions ; le cerveau et ses membranes n'offraient aucun indice appréciable de phlegmasie. Dans les autres observations, l'injection, la rougeur des enveloppes n'étaient très vives, et manifestement inflammatoires, que dans cinq ou six cas au plus ; mais surtout dans trois d'entre eux, où la phlegmasie, bornée aux membranes cérébrales, était véritablement une méningite, et dans un dernier cas où l'inflammation existait dans l'encéphale à un degré au moins aussi élevé que dans ses enveloppes.

En définitive, ajoute M. Andral, dans les cas où le trouble de l'intelligence dépend d'une affection des méninges, la cause de ce trouble, pas plus que celle de la sensibilité ou de la motilité, ne peut être rapportée à une altération spéciale, soit par sa nature, soit par son siége, et toujours on ne peut se rendre compte de la diversité des lésions de l'intelligence, comme de celles de la sensibilité et de la motilité, qu'en en plaçant la cause dans la différence même d'impressionnabilité du cerveau. (Andral, *Clinique médicale. Maladies de l'encéphale*, t. V, p 204.)

Somme toute, dit M. Falret, les causes organiques du délire sont tantôt inappréciables, et tantôt occultes ; leur mode d'action reste complétement ignoré. Quant aux modifications encéphaliques, dont l'action nous paraît le mieux démontrée, il ne faut pas oublier qu'il n'y a qu'une connexion probable et non obligée entre

elles et le trouble des fonctions. (Falret, article Délire, *Dictionnaire des études médicales.*)

Causes. — Il n'est pas toujours facile de connaître les causes du délire aigu, parce que les malades ne peuvent rendre compte de leur état, et que, débutant souvent à l'improviste, le désordre intellectuel ne paraît pas se lier à des antécédents; mais lorsqu'on interroge soigneusement les parents, les amis, et le délirant lui-même, lorsqu'il peut répondre, on finit par acquérir la certitude que, dans le plus grand nombre de cas, l'affection a été précédée, favorisée ou produite par des maladies cérébrales, des accès d'aliénation, l'hérédité.

Ainsi, dans les observations que M. Brierre de Boismont a recueillies, on voit le caractère changer plusieurs semaines, plusieurs mois, et même plusieurs années avant l'apparition du délire. Il est des individus qui deviennent tristes, mélancoliques, qui sont tourmentés par des idées de suicide, et qui cherchent à les mettre à exécution. Un de ces malades éprouva pendant six mois l'envie de faire du mal à sa femme. Chez 19 personnes examinées, voici comment les choses se sont passées: 7 fois le délire a éclaté tout à coup; dans les 12 autres cas, le délire intellectuel a toujours été précédé de prodromes plus ou moins longs.

Si l'on examine le mode d'agir des causes, on trouve que sur 19 cas, elles peuvent être réparties de la manière suivante:

Chagrins domestiques. .	4
Pertes de fortune. . . .	3
Temps critique.	3
Frayeur	1
Jalousie, remords. . . .	1
Exaltation religieuse. .	1
Hérédité	1
Suppression de lait . . .	1
Rhumatisme supprimé. .	1
Inconnues	3
	19

On ne peut s'empêcher d'être frappé des rapports qui existent entre les causes du délire aigu et celles de l'aliénation mentale. Le tableau suivant, publié par M. Brierre de Boismont dans la *Gazette des médecins praticiens* (5 avril 1840), ne laisse aucun doute à cet égard. — Sur 120 malades, dont il a pris les observations avec la précision et la certitude qui résultent d'un contact de tous les instants, les causes de la folie se sont rangées dans l'ordre suivant:

1. Chagrins domestiques . .	33
2. Causes organiques, cérébrales ou non	32
3. Excès sensuels.	26
4. Perte de fortune, intérêt.	17
5. Amour, jalousie	13
6. Excès d'étude.	8
7. Religion.	7
8. Evénements politiques. .	7
9. Orgueil, vanité	7
10. Ambition	4
11. Remords	2
12. Colère.	2
	158

Cette augmentation dans le chiffre total tient à ce que plusieurs malades ont eu, à des intervalles plus ou moins éloignés, des rechutes qui ont été déterminées par des motifs différents, et que les causes qui agissent sur le même individu sont quelquefois multiples. Parmi les causes organiques, nous comprenons les désordres de la menstruation (A. Brierre de Boismont, *De la menstruation, considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques*, ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. 1 vol. in-8°. Paris, 1842), les suites de couches et les affections cérébrales.

En comparant ces tableaux, ne vient-il pas naturellement à l'esprit que ces deux maladies ont de nombreux rapports, et qu'il est possible que, dans quelques circonstances, le délire aigu ne soit qu'une folie aiguë?

Sexe et âge. On a dû chercher les influences que le sexe et l'âge exerçaient sur la production du délire aigu. Les nombres sont trop petits dans ce cas pour qu'on en puisse tirer aucune induction; nous les donnons cependant, parce qu'ils pourront servir plus tard. Sur les dix-neuf cas, il y eut onze hommes et huit femmes. De ces dix-

neuf individus, cinq étaient célibataires, et quatorze mariés.

Sous le rapport de l'âge, ces malades se classèrent ainsi:

17 ans	. . . . .	1
18 —	. . . .	1
19 —	. . . .	1
23 —	. . . .	1
32 —	. . . .	1
34 —	. . . .	1
36 —	. . . .	1
40 —	. . . .	3
41 —	. . . .	2
46 —	. . . .	2
50 —	. . . .	2
55 —	. . . .	1
66 —	. . . .	1
		18 (1)

L'apparition du délire se fait donc, de préférence, depuis le moment où l'intelligence commence à se manifester avec toute l'énergie de l'adolescence, jusqu'à l'époque où, parvenue dans sa force, elle va bientôt commencer à décliner. Le seul exemple que nous ayons d'une personne atteinte de délire aigu à l'âge de soixante-six ans, n'est point en opposition avec ceux que présente l'aliénation mentale, puisque si cette funeste maladie atteint son apogée de vingt à vingt-cinq ans, il n'est pas rare non plus d'en observer des cas aux deux périodes extrêmes de l'existence.

Diagnostic. — Le délire aigu est une affection *sui generis*. Les arguments de cette opinion sont fournis par les observations, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, l'étiologie, etc. Un dernier ordre de faits doit compléter cette démonstration ; ce sont ceux qui sont empruntés à l'examen comparatif des différentes affections qui simulent le délire aigu.

Le diagnostic du délire aigu présente de grandes difficultés. Presque tous les auteurs, en effet, en font le signe pathognomonique de la méningite, de l'encéphalite, de la méningo-céphalite.

Faut-il s'étonner du vague qui règne sur cette maladie, lorsqu'on se rappelle qu'il y a peu d'années la paralysie générale des aliénés était inconnue aux médecins, et qu'aujourd'hui même encore elle est la source de fréquentes erreurs? Ce qui fait la difficulté du diagnostic du délire aigu, c'est qu'il offre de nombreux points de contact avec les inflammations des méninges et du cerveau, avec différentes aliénations, certains ramollissements, quelques congestions sanguines de l'encéphale, les fièvres pernicieuses, les fièvres éruptives insidieuses, les phlegmasies viscérales violentes, avec réaction sur le cerveau, et plusieurs névroses.

Avant de passer en revue ces états morbides, disons quelques mots des travaux des anciens et des modernes sur ce sujet.

Soranus place le siége de la frénésie, tantôt à la base du cerveau ou dans l'épaisseur de cet organe, tantôt dans ses membranes. La description de Cœlius Aurelianus se rapproche de celle de M. Brierre; mais elle en diffère par des points importants. M. Littré, dans sa célèbre édition d'Hippocrate, range le *causus*, la *phrenitis* et le *lethargus*, dans les fièvres rémittentes continues des pays chauds. MM. Pitschaft et Simon jeune, de Hambourg, ont admis, le premier, que la frénésie pouvait s'associer à toute fièvre portée à un haut degré; le second, que la plupart des anciens ont désigné sous le nom de *phrenitis* ce que nous désignons sous le nom d'*encéphalite*, avec cette différence qu'ils voyaient souvent dans l'affection cérébrale une irritation sympathique.

Parmi les modernes, Willis et Fodéré sont ceux qui nous paraissent avoir eu les idées les plus rationnelles sur le délire aigu.

Le premier de ces auteurs fait dépendre la frénésie de l'irritation des nerfs, et ne considère l'inflammation des méninges que comme une simple coïncidence. Il cite à ce sujet l'observation fort remarquable d'une servante robuste, en proie à un délire furieux, et qu'on avait été dans la nécessité d'attacher. Les saignées, les évacuants, les émulsions, les hypnotiques, les boissons froides, ayant été employés pendant huit jours, Willis ordonna qu'on l'enlevât pendant la nuit, qu'on la mît sur une barque, et, qu'après l'avoir dépouillée de ses vêtements et débarrassée de ses liens, elle fût plongée dans la ri-

(1) L'âge de l'un d'eux n'a pu être connu.

vière, en prenant la précaution de lui passer un lien autour du corps pour l'empêcher de se noyer. Ce moyen fut inutile, car la jeune fille nageait d'elle-même. Au bout de quinze à vingt minutes, elle sortit de l'eau, saine d'esprit; on la coucha, elle dormit, transpira abondamment, et guérit radicalement sans aucun autre remède. (Willis, *Op. medica de delirio et phrenitide*, caput decimum, t. I, p. 227.)

Fodéré admet deux espèces de frénésie, la symptomatique et l'exquisite. La première accompagne un grand nombre de maladies. Frédéric Hoffmann remarque qu'elle est fréquente en Pologne à cause de la plique. La frénésie exquisite est très rare dans les climats tempérés. Hippocrate, qui en a parlé, dit que, lorsqu'elle se montre dans toute sa sévérité, elle est constamment mortelle. Si la frénésie dépendait uniquement de l'inflammation des méninges ou du cerveau, comme le voulaient les méthodistes et comme le veulent encore leurs sectateurs actuels, il n'y aurait aucun doute sur l'indication de la saignée; mais il s'en faut de beaucoup que ce remède soit toujours utile, et nous avons plusieurs fois vu des frénétiques expirant sous la lancette. (Fodéré, *Traité du délire*, Paris, 1817, t. II, p. 406.)

M. Calmeil, dans les articles *Delirium tremens*, *Manie*, ne paraît point encore fixé sur la nature du délire aigu; ainsi, t. XIX, p. 124, du *Dictionnaire de médecine*, deuxième édition, il dit: Il est parfois très difficile de distinguer la manie commençante de la frénésie, du délire aigu, du délire causé par l'ingestion de certains poisons. Quant aux symptômes du délire aigu qu'on observe particulièrement dans les inflammations aiguës du cerveau et de ses enveloppes, ce sont ceux qui ont été notés dans les cas de l'espèce, mais ils diffèrent beaucoup du délire que nous décrivons.

Dans le tableau du délire aigu, que M. Falret a donné dans le *Dictionnaire des études médicales pratiques*, on trouve réunies sous une même dénomination plusieurs maladies différentes, sans mention spéciale du délire aigu propre aux aliénés.

Les auteurs du *Compendium* rangent le délire aigu dans l'encéphalite; la description qu'ils en font ne s'accorde point avec la nôtre.

M. Lélut a tracé avec sa sagacité habituelle les traits principaux de cette affection, qu'il sépare de la méningite, de l'encéphalite et de la manie aiguë. Il nous paraît être celui qui l'a le mieux connue, mais il ne l'a étudiée que sous certaines faces.

En résumé, les opinions des anciens et des modernes, sur le délire aigu, présentent de nombreuses différences sous le rapport des symptômes, de la nature du mal et de l'identité; car, tandis que les uns le rattachent à une lésion des membranes et du cerveau, d'autres en font une maladie spéciale, sans caractères anatomiques connus, et rentrant par conséquent dans les cadres des affections nerveuses.

Cherchons à notre tour les ressemblances et les différences qui peuvent exister entre le délire aigu, la méningite, et voyons si ces deux affections doivent être réunies ou séparées.

La méningite (*arachnitis*) est, sans aucun doute, l'affection qui ressemble le plus au délire: aussi l'a-t-on presque toujours confondue avec cet état. Comme lui, elle est souvent caractérisée par l'agitation, les mouvements convulsifs, le grincement des dents, la contraction, la roideur, le délire; mais elle en diffère par des signes importants. Dans tous les cas que nous avons observés, la céphalalgie n'a été notée qu'une fois, et encore était-elle peu intense. Dans la méningite, elle est une des modifications les plus remarquables et les plus constantes. Dans la très grande majorité des cas, dit M. Andral, la céphalalgie survient six, huit, dix, quinze et même vingt jours avant l'apparition du délire, qui marque très rarement le début de l'affection. Dans le délire aigu, au contraire, le dérangement de l'esprit éclate sans qu'il y ait eu de céphalalgie, ou succède à des changements d'humeur, de caractère, d'habitude. Jamais dans le délire aigu nous n'avons vu les individus présenter un état de coma au commencement, comme on l'observe quelquefois dans la méningite; jamais non plus nous n'avons noté de contracture d'un côté, de paralysie, de nausées, de vomissements, phénomènes communs dans la méningite.

La forme du trouble de l'esprit dans les deux maladies mérite aussi de fixer l'attention. Presque toujours, dans le délire aigu, le désordre mental, quoique général, révèle la cause de la maladie, le caractère de l'individu, ses habitudes. Dans la méningite aiguë, il est plus souvent caractérisé par des cris, des exclamations, des vociférations, des phrases incohérentes, sans suite, dont il est impossible de saisir le sens; ou bien, et ce cas est le plus ordinaire, les individus sont calmes, tranquilles, et marmottent entre leurs dents des paroles inarticulées. On les dirait alors plongés dans une sorte d'ivresse. MM. Martinet et Parent-Duchâtelet, qui ont insisté sur ce symptôme, disent que ce délire n'est pas toujours opiniâtre; en excitant les malades on les en retire, et ils répondent avec justesse à vos questions. Abandonnés à eux-mêmes, ils retombent promptement dans leur premier état. Un autre caractère, c'est que le délire a des rapports avec l'aliénation. Les causes morales ont une grande influence sur la production du délire aigu; nous avons, en effet, constaté qu'elles l'avaient déterminé dans le plus grand nombre des cas.

Le délire aigu a des symptômes qui paraissent lui appartenir plus particulièrement; tels sont: la répugnance, nous pourrions même dire l'horreur pour les aliments, et surtout pour les boissons, répugnance qu'on voit fréquemment persister jusqu'à la mort; le spasme de l'œsophage; l'agitation extrême qui oblige à placer les malades dans les lieux les plus écartés; l'aspect sinistre des yeux, la mucosité purulente des yeux, et quelquefois des fosses nasales, des oreilles; la fétidité insupportable de l'haleine et de la transpiration. Ajoutons, enfin, que l'autopsie ne montre pas, dans des cas assez nombreux, plus de lésions anatomiques qu'on n'en rencontre ordinairement après le délire nerveux, le *delirium tremens*, la monomanie et beaucoup de cas de manie.

Dans l'état actuel de nos connaissances, ce que nous disons de la méningite s'applique également à l'encéphalite et à la méningo-céphalite; car s'il existe des faits qui mettent hors de doute l'altération seule des méninges ou de l'encéphale, l'observation des symptômes pendant la vie ne permet pas le plus ordinairement d'établir aussi bien cette séparation. Les membranes, dit M. Guersant dans son article *Méningite* du *Dictionnaire en 25 volumes*, ne sont que des enveloppes de protection, et jouent un rôle dans la circulation; le cerveau, voilà le point de départ du délire, des contractions; et si tant de fois on a attribué le délire à l'injection de l'arachnoïde, cela tenait à l'altération de la couche superficielle du cerveau, qui, primitivement malade, agissait par continuité sur l'arachnoïde. Les méninges, à leur tour, par leur juxtaposition, peuvent réagir sur le cerveau, et donner lieu aux phénomènes observés.

La congestion ou hypérémie cérébrale peut simuler une inflammation aiguë des méninges. M. Andral a rapporté l'observation d'un homme qui présenta les symptômes suivants : pouls très fréquent; face rouge; yeux injectés, continuellement en mouvement; écume à la bouche; délire complet; singulière loquacité; agitation perpétuelle des membres. Cet état dura deux jours, puis le malade tomba dans le coma; le troisième jour, il sortit de son assoupissement, jeta des cris, et s'agita tellement, qu'on fut obligé de le fixer dans son lit par la camisole. Vers le milieu du soir, le coma reparut, et le malade expira la nuit suivante. A l'autopsie, on trouva un pointillé rouge vif des hémisphères cérébraux. (Andral, *Clinique médicale*, *Maladies de l'encéphale*, 4e édition, 1840, t. V, p. 232.)

Nous avons cité un cas de congestion cérébrale; nous pourrions en citer plusieurs autres pris dans l'ouvrage de M. Andral, qui auraient montré d'autres différences sous le rapport des symptômes. A quoi cela tient-il? probablement aux prédispositions, aux idiosyncrasies. Il y a encore une autre explication; ne peut-on pas admettre que la congestion sanguine qui existe dans tous ces cas avec des désordres fonctionnels si variés, n'est elle-même qu'un effet? Nos moyens actuels d'investigation ne nous permettent pas de constater la cause qui détermine cette congestion, et les différents groupes de symptômes qui en sont les résultats.

L'observation démontre qu'un état anémique du cerveau peut aussi occasionner le délire.

En rapportant les symptômes à l'hypérémie dans un cas, à l'anémie dans un autre, dit M. Andral, avons-nous été au fond des choses? En aucune façon; car ces deux états sont eux-mêmes de simples effets, que souvent, chose remarquable, la même influence peut produire : ainsi, par une émotion vive, la peau de la face rougit chez l'un, et pâlit chez l'autre ; ce sont, par conséquent, des phénomènes secondaires, de simples effets. Il y a avant une modification organique qui les cause; les lésions secondaires, une fois produites, ne peuvent-elles pas donner lieu à des accidents qui dépendent d'elles seules, et qui en établissent le diagnostic?

Le tableau de la méningite aiguë tuberculeuse, si bien tracé par MM. Fabre, Constant et Guersant, suffit pour la faire distinguer du délire aigu ; âge, symptômes, marche, anatomie pathologique, tels sont les traits qui ne permettent pas de confondre les deux maladies.

La congestion sanguine offre quelquefois des points de contact avec le délire aigu, mais elle en diffère par les circonstances commémoratives, l'instantanéité de l'explosion, la rapidité de la marche et de la terminaison. Les symptômes propres au délire aigu sont autant de caractères différentiels.

Il y a une forme de ramollissement qui présente des symptômes plus ou moins analogues à ceux de la méningite; cette forme est beaucoup plus rare que les autres. Après un prodrome marqué surtout par la céphalalgie, les malades sont pris d'un délire qui persiste ou qui est bientôt remplacé par du coma; en même temps, l'on observe des soubresauts, des mouvements convulsifs généraux ou partiels. Mais bientôt le désordre du mouvement porte sur un côté; c'est plus souvent la contraction des membres que la paralysie qu'on voit apparaître.

La *manie aiguë* peut être facilement confondue avec la méningite et le délire aigus. Voici, d'après M. Lélut, les principaux symptômes de la manie aiguë : absence de fièvre (il y en a assez souvent); circulation plus régulière que dans le délire aigu ; connaissance mieux conservée, ou sensibilité et réponse aux excitations venues du dehors ; de même, mais beaucoup moins que dans le délire aigu, concentration de la pensée en elle-même; incohérence à peu près générale des idées ; illusions et hallucinations. Désordre des mouvements ; agitation souvent encore menaçante et furieuse, mais point de convulsions, de contractions et de paralysie ; durée brève ; terminaison par la guérison, par la manie chronique et la démence, avec ou sans paralysie générale; ou bien mort par l'état maniaque aigu, par le délire aigu ou par l'encéphalite. (Lélut, *ouv. cit.*, p. 40.)

MM. Aubanel et Thore s'expriment ainsi dans leur mémoire (*Recherches statistiques sur l'aliénation mentale* faites à l'hospice de Bicêtre, par MM. Aubanel et Thore, 1841): « La manie aiguë peut dater de quelques jours ou de quelques mois; les individus qui en sont atteints sont calmes ou agités. Les premiers paraissent tranquilles, mais en les observant on trouve de l'incohérence dans leurs discours, du désordre dans leurs actions. Les seconds sont furieux, et leur folie, comparable au délire de la méningite, est remarquable par le degré d'excitation qui accompagne tous les actes auxquels on les voit s'abandonner. »

D'après M. Parchappe, la manie aiguë se caractérise par le délire général, les hallucinations, l'agitation musculaire, l'insomnie, la loquacité, l'absence de fièvre; mais, ajoute cet excellent observateur, il est quelquefois très difficile de distinguer le délire qui dépend d'une affection fébrile de celui qui caractérise l'aliénation mentale. Il y a des cas où la folie s'accompagne d'un mouvement fébrile bien prononcé.

On retrouve dans les descriptions d'Esquirol et de Dubuisson sur la manie aiguë plusieurs des principaux caractères tracés par les observateurs précédents; mais ils ont généralement moins insisté sur cette variété de la manie.

Il faut cependant reconnaître que la méningite, l'encéphalite, la méningo-céphalite, le délire aigu des établissements d'aliénés, la manie aiguë, tout en se touchant par une foule de points, puisque la manie aiguë, par exemple, peut passer à l'état de délire aigu, ces deux-ci à l'état

de méningite ou d'encéphalite, diffèrent les uns des autres par des nuances bien tranchées. Nous avons déjà signalé les traits distinctifs des trois premières affections; nous dirons que la manie aiguë ne présente point cet éloignement opiniâtre et prolongé pour les boissons qu'on observe dans le délire aigu, que la fièvre y est moins constante, et la terminaison généralement moins funeste, que la maladie enfin a un cachet de folie qu'on ne retrouve pas dans le délire aigu. Les symptômes de la manie chronique ne tardent point d'ailleurs à se manifester. M. Lélut fait remarquer qu'il est rare de voir dans la manie aiguë des convulsions, de la contraction et de la paralysie.

Le délire nerveux décrit par Dupuytren (*Leçons orales*, recueillies et publiées par MM. Brierre de Boismont et Marx, t. II, p. 231, 6 vol. in-8, Paris, 1839, 2e édit.) se manifeste par une singulière confusion d'idées sur les lieux, les personnes et les choses. En proie à l'insomnie, les malades sont ordinairement dominés par une idée plus ou moins fixe, mais presque toujours en rapport avec leur profession, leurs passions, leurs goûts, leur âge, leur sexe. Ils se livrent à une jactation continuelle; les yeux deviennent brillants et injectés; la face s'anime, se colore, et ils profèrent avec une loquacité extraordinaire des paroles menaçantes, des vociférations effrayantes. Leur insensibilité est souvent telle, qu'on les voit s'appuyer et marcher sur leurs membres brisés. Malgré la gravité de ces symptômes, le pouls, tranquille et calme, n'éprouve d'autre altération que celle occasionnée par le désordre des mouvements; au bout de quatre à cinq jours, cette affection se termine par la mort, mais beaucoup plus souvent par la guérison.

Le diagnostic du délire nerveux se tire des circonstances dans lesquelles il se manifeste; les individus qui en sont atteints ont tous une fracture, une luxation, ou bien ont subi une opération quelconque, ou ont fait une tentative de suicide. La rapidité avec laquelle le délire cesse après l'injection du laudanum en lavement ne permet pas de conserver le moindre doute.

Le *delirium tremens* peut aussi, dans quelques cas, offrir un diagnostic obscur. Les malades parlent, gesticulent, se livrent sans relâche à des travaux imaginaires, ou tiennent des discours qui ont rapport aux occupations ordinaires de leur vie, ou à des obstacles qui se renouvellent sans cesse sous leurs pas. L'énorme activité qu'ils déploient paraît être la cause pour laquelle leur corps ruisselle sans cesse de sueur. Souvent les malades ont à peine de la fièvre. Dans le cas de terminaison heureuse, ils s'endorment, et finissent par se réveiller en pleine santé. Nous n'avons point parlé du tremblement, parce qu'il peut manquer, et que, dans plusieurs cas, nous n'avons eu pour guide, dans le diagnostic de ce délire, que les habitudes du malade, et surtout le genre de ses hallucinations. L'emploi de l'opium, les bains, et, dans quelques cas, le simple repos, amènent la guérison.

Parmi les autres espèces de délire, dont les grands désordres cérébraux et la marche rapide peuvent prendre place à côté du délire aigu, il existe une sorte de frénésie particulière aux navigateurs, qu'on a désignée par le nom de calenture (*calentura*).

Sans rechercher si ce trouble intellectuel doit être considéré comme une maladie spéciale, nous allons en indiquer les principaux caractères. La calenture est une affection fébrile particulière aux marins, et à laquelle on assigne pour symptôme dominant un délire furieux, avec désir irrésistible de se précipiter à la mer. Cette affection, d'après M. Falret, diffère peu de l'inflammation aiguë des méninges et du cerveau. Ce médecin n'attache qu'une légère importance aux particularités du délire, à l'impatience de s'élancer du vaisseau, au mélange d'illusions et d'hallucinations qui représentent la mer comme une campagne délicieuse.

Le délire aigu est très fréquemment le résultat symptomatique de la lésion de quelque organe important. On l'observe assez souvent avec la fièvre typhoïde. Cette fièvre, qu'on a longtemps désignée sous le nom d'ataxique, est souvent fort difficile à reconnaître au début.

Les malades sont agités, furieux; il faut les contenir avec la camisole de force; leur œil est hagard, leur physionomie menaçante; le trouble de la raison est général; ils crient, gesticulent, parlent avec une extrême volubilité, ne répondent point aux questions qu'on leur adresse; par moments ils refu-

sent de boire ; la face est rouge, les yeux injectés, le pouls fébrile.

L'obscurité du diagnostic se dissipe peu à peu à l'aide des signes fournis par le faciès, le ventre, la langue et les circonstances commémoratives.

Nous avons vu l'inflammation de la vessie déterminer des phénomènes entièrement analogues, et la maladie n'être reconnue qu'après la mort. — Aussi donnons-nous le précepte d'interroger avec soin tous les organes, sans perdre de vue l'état général.

Les fièvres intermittentes pernicieuses, les fièvres éruptives insidieuses, et certaines névroses peuvent encore se masquer sous le délire aigu ; dans le premier cas, l'observateur attentif ne tarde pas à démêler quelque chose de périodique qui le met sur la trace du mal ; dans le second cas, des indices fournis par les muqueuses, la peau, la saison et les maladies régnantes, peuvent servir à rectifier le diagnostic. Quant aux névroses, elles sont très rares et ne tardent pas à présenter quelques signes qui leur sont propres.

Nature. — Qu'est-ce donc que le délire aigu ? Si l'on se rappelle ce que nous avons dit des causes, des symptômes, de l'absence des lésions anatomiques dans un certain nombre de cas, si l'examen comparatif que nous venons de faire des différentes maladies qui simulent le délire aigu des établissements d'aliénés a été bien compris, il restera démontré que ce délire ne saurait être considéré comme une méningite ou comme une méningo-céphalite. Les traits qui le séparent de ces deux affections sont tranchés. Si parfois les caractères sont difficiles à distinguer, c'est qu'alors les complications sont survenues, et que les maladies se trouvent confondues.

Dans son état de simplicité, le délire aigu est une affection nerveuse qui correspond sans doute à une modification de l'organe cérébral : mais cette modification nous est inconnue. Il en est de la cause prochaine du délire aigu, comme de celles du délire des opérés, du délire des ivrognes, du délire occasionné par l'ingestion de quelques substances narcotiques, de la calenture ; elles ont échappé jusqu'à présent à toutes les recherches.

La congestion n'est qu'un accessoire du délire ; elle peut d'ailleurs manquer. En supposant même que l'élément inflammatoire accompagnât toujours le délire aigu, ce qui n'est pas, il ne le constituerait pas plus qu'il ne constitue la maladie vénérienne, le cancer, quelques exanthèmes et beaucoup d'autres états pathologiques.

On a dû se demander si le délire aigu était la folie ou une variété de cette maladie. L'acuité de l'affection, le caractère des symptômes, la physionomie générale, sont autant de réponses négatives ; mais si, d'un autre côté, on étudie l'étiologie, les terminaisons, quelques uns des symptômes, on est forcé de reconnaître que le délire aigu se rapproche de la folie dans certaines variétés à marche aiguë.

Si le délire n'est point la folie dans la presque généralité des cas, pourquoi donc isoler les malades et les enfermer dans des maisons de santé ? Les motifs en faveur de cette mesure nous paraissent péremptoires ; la plupart des individus affectés de délire aigu sont bruyants, agités ; ils vocifèrent, hurlent, et leur séjour dans les villes devient impossible. Beaucoup d'entre eux s'échappent en chemise, se précipitent par les croisées, se tuent, luttent contre ceux qui les entourent ; leur vue remplit les assistants de frayeur. Il est d'ailleurs fort difficile de distinguer au début cette maladie d'un accès de folie. Les secours sont beaucoup plus aisés à administrer dans les maisons de santé que chez les particuliers. La vue de ces établissements a quelquefois suffi pour rappeler à la raison plusieurs de ces malades ; enfin, et c'est la meilleure réponse, un bon nombre d'individus, atteints de délire aigu simple, ont recouvré rapidement la santé à la suite du traitement qu'on leur a fait dans ces établissements. Il faut cependant reconnaître que dans les formes simples ou symptomatiques, il vaut mieux traiter les malades chez eux. On évite ainsi de confondre avec la folie une affection qui en diffère complétement. Traités convenablement, les individus guérissent en quelques jours.

Si, d'une part, le travail de M. Brierre de Boismont a trouvé d'honorables sympathies, puisque l'Académie de méde-

cine lui a fait l'honneur de l'insérer dans la *Collection* de ses mémoires, et que l'Institut lui a accordé un prix ; d'un autre côté, il a été l'objet d'assez vives critiques. Les uns lui ont reproché d'avoir fait à tort une espèce spéciale d'une maladie qui rentre dans le cadre des méningites et des méningo-céphalites. Les autres ont prétendu que sa description, quoique très bien faite, n'était pas nettement séparée des autres affections avec lesquelles on l'avait confondu jusqu'alors. Enfin un esprit d'une portée supérieure, M. Pidoux, a dit que le délire aigu devait être considéré comme la première période de la folie, une véritable folie aiguë.

Quant à ceux qui ont prétendu que le délire aigu n'avait rien de caractéristique, M. Brierre de Boismont a répondu que le célèbre Esquirol avait été tellement frappé de la physionomie spéciale de cette affection, qu'il répétait souvent à ses élèves qu'il y avait là le germe d'une excellente monographie. Tous les médecins spécialistes, Georget, MM. Falret, Lélut, ont consacré plusieurs pages au délire aigu, qu'ils ont considéré comme une maladie *sui generis*. Le professeur Cruveilhier a plusieurs fois dit dans ses leçons qu'il avait observé un genre de délire qui n'avait point encore été décrit et qui n'était point celui des inflammations cérébrales. M. Gillette, en rendant compte du mémoire de M. Brierre de Boismont, dans le XXXVe vol. des *Annales d'hygiène*, année 1845, donne son approbation à la description de l'auteur, cite plusieurs faits à l'appui, et il ajoute qu'il a pu s'expliquer par elle plusieurs cas rapportés faussement aux inflammations cérébrales. Il y a d'ailleurs une grande préoccupation à confondre le délire aigu avec les inflammations cérébrales, puisque l'observation montre que dans des maladies qui ont duré dix, douze et quatorze jours on ne trouve aucune lésion anatomique. Plusieurs des symptômes importants des méningites, comme la céphalalgie, les vomissements, les contractions, manquent. Il n'est pas rare de voir les individus atteints d'un délire aigu très grave, se lever et marcher comme dans l'aliénation ; ajoutons enfin que le délire aigu a des symptômes qui lui sont propres.

Il est sans doute quelquefois assez difficile de poser les limites entre le délire aigu et les inflammations cérébrales, mais cela s'observe dans beaucoup d'autres maladies, et cette difficulté tient, ainsi que l'a fait observer fort judicieusement M. Lélut, à ce que le délire aigu peut se changer en manie aiguë, en méningite, en méningo-céphalite ; lorsque le délire aigu est sans complication, il est impossible de le confondre avec les maladies cérébrales inflammatoires, et cela est si vrai que nous avons vu les meilleurs praticiens des hôpitaux déclarer que ces faits avaient quelque chose d'anormal et qui ne ressemblait pas aux méningites et aux méningo-céphalites.

Quant à l'objection de M. Pidoux, il est facile de voir que M. Brierre de Boismont, dans plusieurs passages de son travail, l'avait prévue, car il dit, p. 106 de son mémoire : On est forcé de reconnaître que le délire aigu se rapproche de la folie dans certaines variétés à marche aiguë.

Mais de graves motifs l'ont empêché d'adopter cette opinion : cette forme est excessivement rare par rapport à la folie en général ; elle n'a point les caractères tranchés de la folie, parce que jamais elle ne passe à l'état chronique ; quand la guérison a lieu, et elle est très commune dans la première espèce, elle arrive avec une rapidité qu'on n'observe pas dans les autres cas de folie. Cette question n'est point cependant complétement résolue, et il y a encore plusieurs points douteux à éclaircir. Pourquoi d'ailleurs le délire aigu, comme affection nerveuse cérébrale n'existerait-il pas par lui-même? Pourquoi ne s'associerait-il pas à la folie tout aussi bien qu'une autre maladie, comme par exemple à la méningite, au typhus, etc. Dans ce cas le délire serait une affection particulière du cerveau, plus spécialement des organes qui servent à la manifestation de la pensée, et ne devrait pas être considéré comme résultant de l'inflammation ou des autres maladies connues du cerveau. Un dernier mot sur ce sujet : tous les médecins qui auront fait une étude approfondie du délire aigu non seulement dans les établissements d'aliénés, mais encore dans les hôpitaux civils, seront forcés de reconnaître qu'il ne peut être con-

fondu avec les inflammations du cerveau et de ses membranes.

Division.—Le délire aigu ne se montre point toujours sous la même forme, quelquefois même il est difficile à reconnaître, masqué qu'il est par des complications; voici, d'après l'observation, les principales formes auxquelles on peut le rapporter, en prenant pour base de cette division le siége, l'espèce, le type et la nature du mal : délire primitif, secondaire; simple, compliqué; continu, intermittent; nerveux, inflammatoire.

Considéré sous le rapport du siége, le délire est primitif, essentiel ou idiopathique, secondaire, symptomatique ou deutéropathique. Par l'une de ces dénominations, nous entendons celui qui a son point de départ dans le cerveau; tel était le cas du malade de l'observation première et de plusieurs autres. La seconde dénomination comprend les délires qui se manifestent consécutivement à la souffrance d'un organe, à la présence d'un corps étranger, etc. Un homme est frappé de rhumatisme; l'affection disparaît, elle est remplacée par la perte de la raison : le délire est ici consécutif. Il ne faut pas perdre de vue que, dans ces cas, le dérangement de l'esprit n'a lieu que par la suite d'une prédisposition morale et physique.

Le délire varie suivant l'espèce; il est simple, lorsqu'il ne présente aucun des symptômes propres aux autres maladies cérébrales, et qu'il ne s'accompagne pas de ces désordres effrayants que l'on remarque dans la variété que nous avons appelée délire frénétique hydrophobique. Le délire simple peut être taciturne ou bruyant. Sa durée est fort courte, il se termine en quelques heures, quelques jours, le plus ordinairement par la guérison. Le délire aigu peut se compliquer de méningite, de méningo-céphalite, de manie, etc. Le diagnostic est alors hérissé de grandes difficultés; mais la complication la plus fâcheuse et la plus remarquable en même temps est l'hydrophobie; elle existe presque toujours avec la forme bruyante, furieuse.

Étudié sous le rapport du type et de la nature, le délire doit encore être divisé en continu, intermittent, nerveux, inflammatoire.

Le délire aigu a différents modes de *terminaison*. La guérison est fréquente dans les délires simples et symptomatiques; elle est, au contraire, très rare dans le délire frénétique hydrophobique; sur neuf cas de délire hydrophobique, nous avons vu les individus succomber sept fois.

Le délire aigu peut se terminer par l'arachnitis et la manie aiguë. Nous avons donné nos soins à des individus qui sont tombés dans la mélancolie et dans la monomanie suicide, après avoir eu un délire aigu bien caractérisé; un de ces malades, à la suite d'une affection de ce genre, a présenté les symptômes de la démence. Nous avons connu, dans un autre établissement, un individu qui devint maniaque après avoir offert les symptômes du délire aigu. La paralysie générale des aliénés peut encore être la terminaison du délire aigu.

Au reste, il en est du délire aigu comme de la méningite, de l'apoplexie, du ramollissement et de quelques autres affections cérébrales que l'on voit se terminer par l'aliénation.

Le délire aigu récidive quelquefois, surtout lorsqu'il est simple. Une jeune personne de seize ans, brune, forte, à la suite d'un chagrin d'amour, est prise de délire; elle crie, déraisonne, ne cesse de s'agiter. Cet état dure dix jours, et cède au traitement antiphlogistique employé; six mois après, probablement par les mêmes causes, le mal éclate de nouveau; on la traite comme la première fois, et la guérison a lieu rapidement; mais la jeune personne a demandé elle-même à rester dans l'établissement pendant quelques mois. Un Anglais est envoyé par le docteur Deslandes à M. Brierre de Boismont, il est en proie à un délire fébrile furieux; un an auparavant, il avait eu le même accident dans les pays étrangers.

La *durée* du délire aigu est, en général, fort courte; voici, dans seize observations, comment les choses se sont passées :

1	fois le délire a	persisté	2	jours.
1	—	—	—	4	—
2	—	—	—	5	—
3	—	—	—	6	—

1 fois le délire a persisté	7	jours.
1 — — —	11	—
1 — — —	12	—
1 — — —	14	—
2 — — —	15	—
1 — — —	17	—
1 — — —	18	—
1 — — —	6	semaines.
1 — — —	2	mois.

Plus il se prolonge, plus le danger est à craindre. La guérison ou l'amélioration arrivent presque toujours dans les cinq ou six premiers jours. Les deux seuls cas où il dépassa les limites ordinaires offrirent quelques circonstances particulières qui durent modifier la marche de la maladie. La femme qui fait le sujet de la première observation, et chez laquelle la maladie persista six semaines, était sous l'influence d'une diathèse laiteuse qui détermina probablement la formation des abcès qui se succédèrent les uns aux autres; quant au second individu, chez lequel le délire eut une durée de deux mois, la maladie fut intermittente, et jamais les accès ne se prolongèrent au-delà de huit jours.

Le *pronostic* présente des différences suivant le genre du délire. Lorsque les symptômes sont ceux du délire simple, le pronostic est, en général, peu grave. Nous avons cité l'exemple d'une dame qui avait observé un jeûne rigoureux de douze jours, et qui avait parfaitement guéri. Il en est de même du délire symptomatique; le plus ordinairement, les malades dont le désordre de la raison est dû à la répercussion d'un exanthème, d'un rhumatisme, au dérangement des fonctions digestives, biliaires, guérissent par un traitement convenable, et quelquefois même par les seuls efforts de la nature.

Le pronostic est tout autre lorsque les malades sont en proie au délire aigu hydrophobique, et surtout lorsque le refus des boissons persiste longtemps. Si l'agitation, les cris, les mouvements convulsifs continuent cinq à six jours, la terminaison est presque constamment fatale. Un signe fâcheux qu'on note dans cette variété, et qu'on peut comparer à l'exsudation pultacée qui se forme dans les derniers moments des maladies graves, est la chassie purulente qui apparaît dans l'angle de l'œil. Presque tous les malades qui nous l'ont présenté ont fini par succomber. La rémission qui précède souvent le coma est également d'un fâcheux augure.

Le délire fébrile, dit M. Falret, qui se complique de tremblements, de convulsions, de soubresauts des tendons, de carphologie, de mussitation et d'alternatives de léthargie, est sinistre et le plus souvent mortel; on doit être sur ses gardes lorsque le délire cesse sans être suivi d'autres signes satisfaisants.

Il peut arriver que les malades recouvrent la raison, et les intervalles lucides sont quelquefois même assez longs; mais lorsque cette amélioration coïncide avec la mobilité et l'état brillant des yeux, avec l'agitation du corps, l'exaltation des paroles, la chaleur de la peau, l'accélération du pouls, il ne faut point se laisser abuser, on est à la veille d'un nouvel accès.

La gravité du délire aigu (frénésie) avait été signalée par les anciens. Asclépias disait de cette maladie que c'était une méditation sur la mort. Fodéré la considère comme toujours mortelle, lorsqu'elle est idiopathique. Il est hors de doute que les anciens ont voulu parler du délire aigu hydrophobique, qui se termine, en effet, dans le plus grand nombre des cas, par la mort.

Traitement. — Lorsqu'une maladie s'annonce par la fièvre, la chaleur, l'agitation, l'injection plus ou moins considérable des yeux, de la face, les règles habituelles de la pratique prescrivent de recourir aux émissions sanguines; c'est aussi ce qui a été fait dans presque la totalité des cas; mais il s'en faut de beaucoup que les saignées aient réussi. Déjà Fodéré, dans son *Traité du délire*, avait dit qu'il avait vu expirer sous la lancette des individus atteints de frénésie. Il existe donc, sous ce rapport, entre l'aliénation et le délire aigu des points de contact.

La saignée, en effet, n'est pas plus un remède souverain dans le délire que dans la folie; mais son emploi est plus impérieusement réclamé dans le premier cas que dans le second; il ne faut point hésiter à la pratiquer au début de la maladie, surtout si l'individu est fort, sanguin, et si les symptômes inflammatoires sont bien dessinés. L'état du pouls mérite une attention particulière. L'émission sanguine a-t-elle

soulagé, il faut y recourir de nouveau, en la proportionnant aux forces du sujet. La même conduite doit être tenue lorsque les accidents inflammatoires n'ont rien perdu de leur intensité, ou qu'ils ont même augmenté.

L'emploi de la saignée exige une grande habitude de ces sortes de maladies; car il peut arriver que, trompé par la violence des symptômes, on s'opiniâtre à tirer du sang. En examinant avec plus d'attention, on s'aperçoit que le délire est enté sur une méningite chronique; la fréquence des saignées, dans ce cas, a pour résultat d'amener plus promptement la démence ou la mort. Lors même qu'il n'existe point d'inflammation des méninges, les émissions sanguines trop répétées peuvent prolonger la convalescence, ou déterminer l'affaiblissement de la raison.

Une saignée explorative nous paraît indiquée dans le délire aigu; faite dans les limites convenables, elle ne peut avoir aucun résultat fâcheux.

Y a-t-il un lieu d'élection pour la saignée dans le délire aigu? *A priori*, l'ouverture de la jugulaire, celle même des temporales, paraîtrait devoir être préférée; mais l'expérience n'a point sanctionné cette idée, et d'ailleurs la difficulté d'ouvrir ces vaisseaux chez les frénétiques est telle, que ce moyen est presque généralement abandonné. Restent la saignée du bras et celle du pied; leur emploi n'est point indifférent. Plusieurs fois, les symptômes ont été immédiatement améliorés par une saignée de pied; c'est surtout chez les individus forts, pléthoriques, sujets aux congestions sanguines, aux hémorrhoïdes, qu'elle a réussi; elle convient également chez les femmes qui ont des suppressions et des dérangements dans la menstruation.

Parmi les cas de succès, nous rappellerons celui d'un vieillard de soixante-douze ans, en proie à un violent délire; il ne prenait rien depuis huit jours, et entrait dans des fureurs terribles lorsqu'on s'approchait pour lui présenter un verre de tisane; les grands bains n'avaient eu aucun succès; son haleine était très fétide, l'amaigrissement était manifeste; le pouls avait cependant de la fréquence et du volume. On lui pratiqua une saignée du pied; la fureur se calma dans la journée, et le malade demanda lui-même à boire à différentes reprises, en manifestant le plaisir que lui causait l'ingestion des liquides.

La saignée du bras est celle à laquelle M. Brierre de Boismont a recours dans le plus grand nombre des cas; elle est plus facile à pratiquer, donne toujours du sang, et amène souvent des résultats satisfaisants.

En général, les saignées devront être faites au début; leur nombre doit être basé sur la constitution, le tempérament de l'individu, la nature du mal, et les effets qui en sont les suites. Il ne faut pas se laisser abuser par un éréthisme nerveux qu'on observe plus spécialement chez ces sortes de malades, et qui se manifeste dans quelques circonstances pendant l'emploi des saignées. Cet état qui, au premier abord, simule l'inflammation, ne pourrait que s'aggraver par le traitement antiphlogistique.

Les saignées sont quelquefois utiles dans le cours de la maladie pour combattre des phénomènes congestifs qui apparaissent tout à coup; sans action marquée sur le mal lui-même, elles sont de bons auxiliaires, parce qu'elles font cesser les complications.

Les émissions sanguines locales secondent utilement les saignées locales générales. Le lieu où elles doivent être faites diffère suivant les circonstances. Le plus ordinairement, nous choisissons les parties latérales du cou, la base du crâne, et nous laissons couler le sang abondamment. Chez un homme pléthorique, nous fîmes raser la tête, et placer les sangsues le long de la suture sagittale: il y eut une amélioration rapide. L'apposition des sangsues à l'anus convient lorsqu'il y a suppression ou diminution des hémorrhoïdes. Nous les prescrivons à la partie supérieure des cuisses chez les femmes dont les règles sont suspendues ou coulent mal. Les émissions sanguines locales répétées ne nous ont point paru avoir les inconvénients des saignées générales, qui jettent rapidement l'individu dans la prostration; elles s'adaptent aussi plus facilement à la médecine des symptômes.

Les ventouses à la nuque, derrière les oreilles, doivent être employées quand il faut tirer immédiatement du sang; mais elles n'ont pas l'avantage d'amener une

congestion, comme la succion des sangsues.

Le plus ordinairement, il est indispensable d'associer ces trois moyens, de les combiner; les avantages qu'ils procurent sont alors plus marqués.

Il ne faut pas croire cependant que les délires aigus doivent tous être traités par les émissions sanguines; nous en avons vu plusieurs guérir par les bains et les purgatifs. Fodéré, dont nous avons fait connaître l'opinion, dit dans son *Traité du délire :* Si le malade ne se relève pas après la première ou la seconde saignée, n'espérez plus rien. Le frénétique dont parle Stoll mourut après la septième saignée. Lorsque la cause du mal se lie à la disparition d'un exanthème, d'un rhumatisme, à la présence de la bile, à la lésion de l'appareil biliaire, au trouble des fonctions digestives, une médication révulsive, dérivative, rafraîchissante, suffit seule quelquefois pour faire cesser le trouble de la raison.

Les bains sont un des remèdes les plus puissants que nous possédions contre le délire, et surtout contre la frénésie hydrophobique; mais, pour en obtenir un effet satisfaisant, leur durée doit être prolongée cinq, six, huit, dix et douze heures; ce n'est que lorsque les malades y ont fait un séjour de plusieurs heures que l'agitation commence à se calmer. Il n'est pas rare d'observer une amélioration momentanée, dont les délirants profitent pour prier qu'on les retire de l'eau; cette demande ne doit pas être accordée; comme ils s'irriteraient du refus, on les trompe en leur disant qu'on va les ôter, et en plaçant près d'eux des personnes qui leur répètent qu'elles n'ont pas le pouvoir de le faire; cette conduite est celle qui nous a le plus souvent réussi; les aliénés et les délirants sont très crédules, et on les amuse comme les enfants; leur mémoire est excessivement oublieuse. Le mode d'administration des bains varie; tantôt le malade y reste tout le temps, tantôt il y est mis à plusieurs reprises différentes. La température des bains doit être comprise entre 25 et 30° centigr.; trop chauds, ils seraient nuisibles. L'agitation des malades rend nécessaire l'emploi des baignoires de force, qui conservent fort longtemps leur chaleur; c'est une raison pour laquelle la température de l'eau ne doit pas être trop élevée.

Les affusions froides, et mieux encore les irrigations, sont inséparables de l'emploi des bains. M. Brierre de Boismont les donne ordinairement en arrosoir et à hauteur d'homme. Elles maintiennent la fraîcheur de la tête et diminuent la congestion. Elles servent aussi à prévenir l'afflux sanguin, que la chaleur de l'eau peut déterminer. On les administre plusieurs fois pendant la durée du bain. Il n'est pas rare de voir les malades cesser de crier et se calmer à mesure que la pluie d'eau tombe sur leur tête; quelques uns disent même que cela leur fait du bien. Ces deux moyens réunis sont, sans contredit, ceux qui sont les plus utiles aux délirants.

Les compresses d'eau froide et la glace ne doivent pas être négligées dans le traitement du délire aigu. Ces réfrigérants ne sont pas toujours d'une application facile; souvent même leur usage est impraticable, à raison de l'agitation extrême des malades. Leur emploi est surtout recommandé lorsque les symptômes inflammatoires ou congestifs prédominent; nous ne les croyons pas moins nécessaires pour combattre l'éréthisme nerveux; souvent l'on réussit à dissiper de violentes céphalalgies nerveuses par la seule application des compresses froides.

Les douches ne nous ont point paru convenir dans le délire aigu, elles augmentent encore l'agitation des malades; comme moyen de répression, elles ne sauraient être prescrites, à raison de la nature du désordre intellectuel.

Les bains de pied et de siége appartiennent encore à la série des moyens dont nous parlons ici; on les administre dans quelques circonstances particulières, mais il faut que la forme du délire ne s'y oppose pas. Les pédiluves répétés diminuent la congestion sanguine; les bains de siége conviennent aux femmes dont la menstruation est arrêtée ou dérangée.

Les boissons jouent un rôle important dans les maladies fébriles; boire est, en effet, le précepte généralement recommandé dans tous les cas de l'espèce. Malheureusement les individus atteints de délire aigu se refusent souvent, et surtout dans la variété hydrophobique, à prendre les liquides qui leur sont présentés. Tourmentés par l'agitation, la chaleur, la sécheresse, en

un mot, par tous les symptômes d'une violente excitation fébrile, ils peuvent supporter six, huit, dix, douze jours la privation des boissons. Cette espèce d'horreur pour les liquides, quoique plus fréquente chez les frénétiques hydrophobiques, s'observe aussi dans le délire simple; nous avons cité l'observation d'une dame qui fut douze jours sans boire ni manger. Ce refus n'est point permanent, il cesse quelquefois tout à coup, et les malades prennent alors avec avidité ce qu'ils refusaient avec opiniâtreté; le plus ordinairement il y a des rémissions, pendant lesquelles on peut donner des tisanes; celles qui doivent être choisies de préférence sont la limonade, l'orangeade, les liquides gazeux, l'eau de gomme, de mauve, le tilleul, le petit-lait, les boissons délayantes. Lorsqu'il existe des signes d'irritation des voies digestives, on se trouve bien d'associer à quelques unes de ces boissons le bouillon de veau léger; l'eau d'orge miellée est préférable, quand il y a constipation.

Les lavements pourraient jusqu'à un certain point suppléer à ce refus des boissons si l'agitation des malades n'en rendait l'administration difficile. M. Brierre a soigné, il y a six ans, une dame qui était monomane suicide; depuis longtemps elle ne prenait plus rien, et était tombée dans un grand état de faiblesse; il en profita pour lui faire donner des lavements excitants et nourrissants. A peine étaient-ils administrés qu'elle sortait de son état d'accablement et reprenait de l'énergie; ce moyen put être employé pendant quelques jours avec succès, mais l'idée s'était trop fortement enracinée pour être détruite; un jour, elle se lève sur son séant et s'écrie : C'est singulier, je veux mourir, je m'abstiens de tout, et cependant je sens la vie revenir. En ce moment, on se préparait à lui donner un lavement. Elle ordonne impérieusement à ses domestiques de le lui montrer; elle le goûte et le trouve salé. Ah! les misérables, ils veulent me saler, ils n'y réussiront pas; à dater de cet instant, elle ne se laisse plus approcher.

Nous avons vu que les pédiluves étaient employés conjointement avec les autres moyens, pour détourner l'afflux sanguin qui forme souvent un des éléments du mal; on peut leur donner plus d'activité en y ajoutant du sel, de la moutarde ou de l'acide hydrochlorique.

Les dérivatifs simples ou associés à l'émétique ont souvent été fort avantageux. Dans beaucoup de cas ils ont procuré un soulagement immédiat, et plusieurs fois ils ont puissamment concouru à la guérison. Ces remèdes sont d'autant plus utiles, qu'indépendamment du soulagement qu'ils apportent, ils peuvent être administrés, malgré le mauvais vouloir du malade; à l'aide de la sonde œsophagienne, leur introduction est toujours possible. Le dérivatif que nous employons le plus ordinairement est l'émétique associé au calomel.

En général, la dose est de 2 grains (10 centigr.) unis à 6 ou 12 grains de calomel (30 ou 60 centigr.), délayés dans un peu d'eau tiède. Presque toujours l'ingestion de ce médicament est suivie de vomissements et d'évacuations alvines; il est cependant des individus qui n'ont que des vomissements, d'autres que des purgations; quelques uns sont réfractaires à l'action de ces substances. Cet éméto-purgatif peut manquer son effet sur des personnes qui seront fortement purgées par l'huile de ricin. Une dame avait inutilement pris du calomel, du sulfate de soude et de magnésie, de l'émétique; à peine l'huile de ricin eut-elle était ingérée dans l'estomac, qu'elle eut d'abondantes évacuations. Si les malades consentaient à prendre ce médicament, nous recommanderions de le donner dans un bouillon dégraissé; c'est la préparation qui masque le mieux la saveur désagréable de l'huile de ricin.

L'eau de Sedlitz, le sulfate du soude, la magnésie, le croton tiglium, appartiennent également aux purgatifs qu'on peut prescrire avec succès dans le délire aigu. Nous avons aussi recours à l'émétique en lavage, lorsque les malades boivent facilement.

L'effet des purgatifs mérite l'attention des praticiens. Des individus délirants, hors d'état de comprendre la moindre question, n'ont pas été plus tôt purgés, qu'ils recouvrent en partie la connaissance et peuvent donner des détails sur leur état; d'autres, plongés dans un accablement profond, dans une sorte de stupeur, se réveillent et semblent renaître à la vie; chez

quelques malades, dont la physionomie offre un aspect sinistre particulier, les purgations, comme les saignées, font disparaître ce symptôme. Nous ne saurions assez le répéter, les évacuants sont d'une extrême utilité dans le traitement du délire; plus d'une fois leur action a été instantanée, et, dans quelques circonstances, nous avons été obligés de les prescrire seuls, les autres remèdes suspendant aussitôt leurs bons effets.

L'emploi des purgatifs doit être ordonné de bonne heure; car la marche de cette maladie est si promptement fatale, que l'art a besoin de toutes ses ressources. Le lendemain des émissions sanguines, lorsqu'elles ont été jugées nécessaires, il faut administrer les purgatifs. Dans le cas de frénésie hydrophobique, ces deux moyens doivent être employés simultanément. On répète l'usage de ces agents thérapeutiques, jusqu'à ce qu'on obtienne une amélioration marquée, à moins toutefois qu'il n'y ait des contre-indications. On les varie, on les remplace l'un par l'autre, d'après l'idiosyncrasie du sujet.

Les lavements purgatifs, lorsqu'ils peuvent être pris, activent l'action des autres médicaments; ils font souvent cesser la constipation, ou amènent des évacuations que l'on n'avait pu obtenir par les remèdes ordinaires.

Il arrive une époque où l'agitation se calme; le délire continue, mais il a un autre aspect; les malades sont en apparence plus tranquilles; c'est l'indice d'une prostration prochaine. Les premières nuances de cet état fugitif doivent être suivies avec sagacité, car si l'usage des révulsifs peut compter quelques succès, c'est lorsqu'il est appliqué dans cette période. Plus tard, leurs effets sont moins appréciables, si même ils ne sont pas inutiles. Les cataplasmes sinapisés, les vésicatoires placés sur les extrémités inférieures, impriment une secousse favorable à l'économie. La manière de s'en servir varie; tantôt ils doivent être simplement volants, tantôt il est nécessaire qu'ils déterminent une suppuration abondante. Les vésicatoires nous ont paru particulièrement indiqués lorsqu'il existait quelque rhumatisme, quelque affection exanthématique disparus, auxquels on pouvait rapporter la cause du délire. Nous les avons également trouvés utiles pour fixer sur un point un élément morbide ambulant. Une jeune dame, tourmentée par une diathèse laiteuse, éprouvait des accidents de nature diverse, parmi lesquels nous notâmes une éruption de furoncles; nous fîmes appliquer deux larges vésicatoires sur les jambes : un gonflement considérable de cette partie ne tarda pas à se manifester, il prit les caractères de l'érysipèle phlegmoneux; des abcès profonds, étendus, nombreux, en furent les suites, et la raison, qui était complétement perdue, éprouva une amélioration marquée.

Un révulsif énergique, très usité chaque jour par les médecins d'établissements d'aliénés, est le séton. Son emploi n'est point indifférent; il ne saurait convenir dans le cas d'exaltation, au début de l'affection et dans le délire aigu hydrophobique; mais lorsque le malade n'a point une convalescence franche, lorsqu'il devient apathique, triste, mélancolique, le séton est au nombre des remèdes qu'une sage pratique recommande. Un homme fort, vigoureux, perd son activité habituelle; à chaque instant il s'endort. Plusieurs mois se passent ainsi; une attaque d'épilepsie éclate comme la foudre, elle est suivie de l'apparition du délire aigu. Le traitement obtient d'heureux résultats : le malade revient à la raison, mais il reste singulier; son caractère, dit-il lui-même, n'est plus ce qu'il était. On lui passe un séton derrière le cou, et au bout d'un mois il avait repris son état normal.

Dans le plus grand nombre des cas, le lieu d'élection du séton est le cou; mais il arrive quelquefois qu'on est obligé de le placer ailleurs. Une demoiselle forte, lymphatique, était tombée dans une sorte de stupidité; la menstruation avait complétement disparu depuis plusieurs mois. Les saignées, les bains, les vésicatoires, les purgatifs avaient été inutilement employés. Nous passâmes un séton à la partie moyenne de la cuisse; quinze jours après l'apparition de la suppuration, il y eut un peu de mieux dans les facultés intellectuelles, et au bout de six semaines sa raison était revenue à l'état normal.

Les malades atteints de délire aigu sont quelquefois dans une agitation telle que rien

ne saurait les calmer. Faut-il avoir recours dans ce cas aux préparations narcotiques? Voici ce que nous avons observé : dans quatre cas où il existait une exaltation extrême, nous donnâmes des lavements avec vingt, vingt-cinq et trente gouttes de laudanum; l'emploi de ce moyen fut suivi d'une rémission de plusieurs heures. Nous avions été conduit à l'administration de ce médicament par les succès que nous en avions vu obtenir à Dupuytren, dans le délire nerveux des blessés. Les potions laudanisées nous ont quelquefois réussi, mais moins souvent que les lavements. Un praticien italien a recommandé en Piémont les bains rendus narcotiques à l'aide de plantes stupéfiantes ; il cite plusieurs guérisons ainsi obtenues. Peut-être pourrait-on prescrire ces bains dans les circonstances que nous venons d'indiquer.

Les délirants sont quelquefois en proie à des faiblesses, à des syncopes, à un état de prostration qui paraît nécessiter l'usage des cordiaux. C'est dans les cas de cette espèce que nous avons eu recours aux potions avec l'eau de mélisse, la fleur d'oranger, l'éther sulfurique, le sirop de quinquina.

Lorsque les symptômes offrent quelque chose de pernicieux, on agira prudemment en associant le quinquina au camphre et au musc. Ces médicaments n'ont point toute la valeur qu'on a voulu leur donner, mais ils ont incontestablement rendu des services. M. Récamier cite plusieurs observations de guérisons dues à l'emploi du camphre.

Le délire aigu peut se montrer sous la forme intermittente ; il faut alors recourir au quinquina. Dans deux faits fort graves, il eut pour effet de modifier les symptômes et de faire gagner du temps, ce qui est d'un immense avantage, lorsque les maladies sont rapidement mortelles. La forme intermittente est quelquefois insidieuse, masquée par d'autres symptômes, il ne faut pas se laisser abuser par ces fausses apparences. Le danger est connu, combattez-le par le seul moyen héroïque qui vous reste. Les obstacles qu'opposent les malades ne peuvent arrêter, puisqu'on peut facilement les vaincre à l'aide de la sonde œsophagienne.

Il est une modification importante du traitement du délire aigu que nous avons déjà mise en usage, et sur laquelle nous appelons l'attention des médecins d'aliénés. Les malades doivent-ils rester dans leur lit, ou faut-il les laisser libres en prenant les précautions convenables? Lorsqu'ils restent tranquillement couchés, qu'ils ne veulent pas se tenir debout, il serait nuisible de les obliger à se lever et de les contraindre à marcher; mais lorsqu'ils ne peuvent rester en place, qu'ils paraissent tourmentés par le besoin de mouvement, la question est plus difficile. Les moyens coercitifs qu'on est dans la nécessité d'employer contre eux n'ont-ils pas pour résultat d'augmenter leur fureur et d'aggraver ainsi leur état? Plus d'une fois, en voyant la violence des malades, les efforts qu'ils faisaient pour se détacher, la rage que leur causait leur impuissance, nous nous sommes demandé s'il ne vaudrait pas mieux les abandonner à eux-mêmes. D'un autre côté, il doit paraître singulier de laisser errer dans les cours des individus qui ont la fièvre, exhalent une odeur fétide, passent six, huit, dix jours et même plus sans boire, manger ni dormir. Voici cependant quelques observations qui ne sont pas sans intérêt. M. B.... est en proie à un délire furieux; il ne reconnaît personne; il chante, crie, vocifère continuellement; jour et nuit il ne cesse de marcher. Le pouls donne 120 pulsations; la peau est brûlante, l'haleine très désagréable, la bouche et les lèvres desséchées, la langue couverte d'un enduit jaunâtre et brunâtre; on laisse M. B... libre dans une cour, après l'avoir revêtu de la camisole; il va et vient, saute avec une activité prodigieuse. Il est impossible de le faire boire pendant dix jours; ce malade est réduit au dernier degré de marasme; une chassie purulente s'écoule de ses yeux; à peine peut-il se soutenir, à chaque instant il est obligé de s'asseoir. Vers le douzième jour, il demande un peu d'eau, puis il consent à prendre des fruits : le vingtième jour, il entre en convalescence. Pendant ce temps il n'a cessé de marcher que lorsque la fatigue l'obligeait à se reposer ou à se mettre au lit.

M. C... est atteint d'un délire aigu furieux, avec fièvre, abstinence de bois-

sons, insomnie; il est livré à lui-même; durant cinq jours, son activité est prodigieuse; le sixième jour, au matin, il pâlit, se trouve mal, et meurt deux heures après.

Madame *** a la fièvre; la face est fortement colorée, les yeux injectés, la peau est chaude et brûlante, les excrétions supprimées; le regard a quelque chose de sinistre; depuis douze jours elle ne dort pas; son mari nous dit qu'elle marche continuellement et qu'on n'a pu la déshabiller; la privation des aliments et des boissons a huit jours de durée. Elle reste encore quatre jours dans l'établissement sans rien prendre; elle n'a pas un moment de repos; la nuit on la trouve se promenant dans sa chambre. Le treizième jour de sa diète, elle entre dans le réfectoire des dames; son idée fixe change de cours; on lui offre à boire, elle accepte. L'alimentation a exigé quelques précautions, et la malade est entrée en convalescence.

Les faits que nous venons de citer démontrent suffisamment, selon nous, qu'il est des circonstances dans lesquelles on se trouve bien de laisser les malades en liberté, quoiqu'ils soient tourmentés par la fièvre, desséchés par la soif, et qu'ils se condamnent à des jeûnes longs et rigoureux. Tant il est vrai que la nature conduit à la santé par des voies fort différentes!

Si nous résumons maintenant les faits contenus dans ce travail, nous arrivons aux conclusions suivantes:

Le délire aigu (frénésie des anciens) n'est ni la méningite ni l'encéphalite. L'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, ne laissent aucun doute à cet égard.

On doit le considérer comme un désordre purement nerveux, semblable au délire des ivrognes, des opérés, etc. Il existe, sans doute, une modification cérébrale, mais elle n'est pas plus connue que celle des différents délires, et de beaucoup d'autres maladies nerveuses.

Les lésions anatomiques que l'on rencontre dans un certain nombre de faits ne sont que des épiphénomènes ou des complications d'autres maladies, ou peut-être seulement les vestiges des désordres de la motilité.

Les limites qui séparent le délire aigu de la manie aiguë, de la méningite, de la méningo-céphalite, ne sont pas toujours faciles à établir; aussi peut-on dire que, dans quelques circonstances, ces maladies se confondent par des nuances insensibles. Ce sont ces difficultés qui ont induit plusieurs médecins en erreur, et leur ont fait dire que le délire aigu était une méningite.

Les causes qui produisent le délire aigu ont le plus grand rapport avec celles qui engendrent l'aliénation mentale. L'influence des causes morales est également fort sensible.

Le délire aigu diffère sans aucun doute de l'aliénation par sa symptomatologie, sa marche, sa durée, mais il s'en rapproche tellement dans quelques cas, qu'on est alors tenté de le considérer comme une folie aiguë.

L'isolement nous paraît une mesure convenable: 1° en raison des dangers auxquels les malades sont exposés chez eux; 2° à cause des guérisons obtenues dans les établissements spéciaux, surtout dans la première espèce de délire aigu; mais il faut reconnaître que dans les délires simples, les délires symptomatiques, les malades ont tout avantage à être traités chez eux.

Le traitement doit varier selon les cas et les individus. Aussi commettrait-on une erreur très préjudiciable si, trompé par l'état fébrile et l'exaltation, on donnait exclusivement la préférence aux moyens antiphlogistiques. Dans quelques cas, on s'est bien trouvé d'abandonner les malades à eux mêmes.

ARTICLE IV.

Manie.

La manie, *μανιά* des Grecs, *hyperphrénie* de Guislain, *madness*, *raving madness* des Anglais, *tobsucht*, *tollheit*, des Allemands, est le genre de folie qui a été pris comme type de cette maladie par le vulgaire. En voyant des malheureux qui hurlaient, déchiraient, couraient tout nus, entraient dans des transports de rage ou riaient aux éclats, tenaient des discours sans suite, on s'est imaginé que tous les insensés étaient dans le même cas. Cha-

que jour encore les personnes qui entrent pour la première fois dans les établissements d'aliénés, manifestent leur étonnement de la tranquillité qui y règne; elles ne peuvent s'imaginer que ces asiles sont de petits mondes, moins le masque.

La manie est un délire général qui porte tantôt sur les idées et les actes, tantôt sur une seule de ces séries; quelquefois ce n'est qu'une simple exaltation, qu'on pourrait comparer à une véritable ivresse. D'après Esquirol, la manie est le désordre des facultés intellectuelles entraînant le délire des passions et des déterminations, tandis que la mélancolie est le délire des facultés affectives, entraînant le trouble et le désordre de l'intelligence.

La manie peut éclater tout à coup; elle peut être précédée d'une période prodromique. L'explosion subite de la manie est rare: elle est généralement causée par quelque violente émotion morale, survenue à l'improviste, ou par une rechute. Beaucoup de maniaques se font remarquer par la singularité de leur caractère, leur mobilité, leur irritabilité. Quelques mois, quelques semaines avant d'avoir un accès, il se manifeste une surexcitation des organes génitaux; les malades parlent avec volubilité, ne peuvent tenir en place, dépensent mal à propos leur argent, font des projets de toute nature, s'emportent facilement. Survienne une cause morale ou physique et l'aliénation éclate. Quelques heures, quelques jours, quelques mois, avant l'explosion de la manie, il est des individus qui tombent dans une stupeur profonde, paraissent privés de tout sentiment, de toute idée. Ils sont sans mouvement; ils restent là où on les pose; il faut les habiller, porter les aliments à leur bouche; les traits de la face sont crispés, les yeux rouges et brillants. Tout à coup la manie éclate avec tout son délire, avec toute son agitation. (Esquirol, art. MANIE.)

A son début, la manie peut se montrer sous la forme aiguë. La face est vultueuse, les yeux sont saillants, injectés, les mouvements saccadés, impétueux, les facultés dans un état d'exaltation complète, la peau chaude, le pouls accéléré, la soif et la fureur portées à un très haut degré. Il est quelquefois difficile de distinguer la manie aiguë de la méningite, du délire aigu, du délire causé par l'ingestion de certains poisons; nous avons essayé de tracer les caractères différentiels de ces différentes maladies dans l'article du délire aigu, nous n'y reviendrons point ici. La durée de la manie aiguë est en général courte; elle se termine le plus ordinairement par la guérion, surtout quand elle est traitée par les bains prolongés et les irrigations continues. Elle peut encore se terminer par la méningite, le délire aigu, la mort, l'état chronique.

Soit que la maladie se montre à l'état suraigu, soit qu'elle se manifeste seulement avec les symptômes d'acuité qui signalent le commencement d'un grand nombre d'affections, le maniaque présente des désordres fort remarquables dont nous esquisserons les plus saillants, car, comme l'a très bien dit Esquirol, vouloir tracer l'histoire complète de la manie, serait entreprendre une tâche impossible. L'attention est plus particulièrement lésée; on peut la fixer quelques instants, mais bientôt elle échappe, car la volonté n'a plus d'empire sur elle. Le maniaque se parle à lui-même, ou se répand en cris, en paroles brèves, saccadées, en injures, en compliments, en exagérations de toute nature, galvanisé sans cesse par les perceptions sensoriales externes et internes qui l'assaillent de toutes parts. Le lien qui unissait les idées se trouvant rompu, celles-ci se pressent, se heurtent, se choquent, se repoussent, se rapprochent, s'unissent en donnant lieu aux associations les plus étranges, les plus bizarres, qui viennent se peindre sur la physionomie mobile du maniaque par une variété prodigieuse d'expressions. Les impressions n'ayant aucune réalité, il commet sans cesse des erreurs; il ne peut distinguer les qualités des corps; il confond les temps, les espaces; il rapproche les lieux les plus éloignés; un mot, un geste, le plus léger bruit, suffisent pour exciter chez lui des tempêtes et l'entraîner dans les actes les plus extravagants. Mais si les impressions sont fugaces, se succédant avec une extrême rapidité, elles n'en laissent pas moins la trace de leur passage, car beaucoup de maniaques, lorsque le calme est rentré dans leur âme, rendent compte de ce qu'ils ont vu, de ce qu'ils ont entendu, de ce qu'ils ont senti et des motifs de leurs déterminations. Souvent même leurs sou-

venirs ne se retracent à leur mémoire que plusieurs mois après leur guérison. (Esquirol.)

Quelques maniaques sont pleins de confiance en eux-mêmes ; ils parlent et écrivent avec facilité. D'autres passent à l'instant même des expressions les plus affectueuses aux injures et aux menaces ; ils prononcent des mots, des phrases sans suite, sans rapport avec leurs idées et leurs actions ; quelquefois aussi ils répètent pendant plusieurs heures le même mot, la même phrase, le même passage de musique, sans y attacher le moindre sens. Il en est qui se créent un langage tout particulier, d'autres, en parlant d'eux-mêmes, ne se servent jamais que de la troisième personne. Quelquefois le maniaque prend le ton de la bouffissure et de l'orgueil, puis, tout à coup, il part, se dirigeant vers un but qu'il n'atteint point, distrait dans sa course ; ou bien, il s'arrête tout à coup rêveur et pensif, il semble préoccupé de quelque dessein ; il s'élance de nouveau, court avec vitesse, chante et crie ; il s'arrête encore ; sa physionomie prend le ton de l'admiration et de la joie ; il pleure, il rit, il danse, il parle à voix basse, à voix haute ; ses mouvements sont vifs, brusques, incertains ; il fait mille gestes qui paraissent insignifiants, plus ridicules les uns que les autres. (Esquirol, Pinel, Chiarugi.)

Les hallucinations et les illusions sont très communes chez les maniaques et souvent la cause d'actes nuisibles à eux-mêmes ou dangereux pour les autres. Quelques uns passent par la croisée, croyant qu'ils vont monter dans un chariot d'or, ou que la rue est de plain pied avec leur appartement. D'autres vous frappent parce qu'ils vous prennent pour des diables, des monstres. Beaucoup rejettent les aliments et les boissons qu'on leur présente, parce qu'en les flairant ils les croient empoisonnés. Il en est qui voient sur leurs hardes, leur paille, des insectes, des animaux, des couleurs éclatantes. Les moindres bruits sont l'occasion d'impressions variées : ils croient qu'on leur a fait des menaces, qu'on tire le canon, qu'on exécute des concerts.

La plupart des maniaques, dit M. Calmeil, qui passent leur vie à détruire le linge, les camisoles, les chaussures, la paille qui servent à leur usage ; à mettre en pièces les meubles, les ustensiles ; à démolir les parquets, les cloisons de leurs cellules, sont entraînés par un vice de raisonnement. Celui-ci s'imagine que ses vêtements sont usés, ou qu'il en fabrique de plus beaux ; celui-là prend les murs de sa chambre pour des masses d'or ; un autre affirme que ses draps, ses matelas sont imprégnés de liqueurs corrosives. Des maniaques se livrent à des actes de violence, de cruauté, parce qu'ils ne trouvent aucun inconvénient à tuer ceux qu'ils ont le pouvoir de ressusciter. Ces fausses sensations rendent les maniaques défiants, soupçonneux, injustes envers leurs proches.

En général, les maniaques maigrissent, leur physionomie s'altère ; leurs traits changent ; ils portent la tête haute, leurs cheveux sont en désordre, hérissés ; leur face est pâle ou colorée ; ils ont les yeux rouges, hagards, fixes, plusieurs se plaisent à regarder le soleil en plein. Dans les paroxismes de la fureur, tous les traits s'animent, le cou se gonfle, la face se colore, les yeux étincellent, tous les mouvements sont vifs et menaçants.

La fureur a été longtemps regardée comme le caractère dominant de la folie ; on sait aujourd'hui qu'elle n'en est qu'un symptôme qui manque souvent, et qui cède au bout de quelques jours et quelquefois même encore plus rapidement dans les établissements bien administrés. Elle est plus fréquente et plus durable chez les femmes que chez les hommes. Il n'est pas rare de voir des maniaques dont la fureur est pour ainsi dire interne ; ils sont en général silencieux, mais leurs actes, qui sont instantanés, en font une espèce dangereuse. On pourrait les appeler les fous rageurs.

Les maniaques semblent dévorés par une chaleur interne ; on en voit qui se mettent nus et se précipitent dans l'eau ou s'arrosent avec l'eau des pompes ; mais il faudrait bien se garder de croire qu'ils sont insensibles à l'action du froid ; il suffit d'entrer dans les chauffoirs, pour se convaincre du contraire ; les diarrhées, les dysenteries, les pneumonies, sont souvent les suites de cette croyance erronée. La chaleur du corps paraît effectivement aug-

mentée sur quelques sujets, si l'on en juge par le toucher; mais le plus grand nombre des maniaques n'éprouvent aucune élévation réelle de température, et s'ils supportent une température froide plus facilement que les autres hommes, c'est qu'ils font plus de mouvements, et qu'il se dégage chez eux plus de calorique.

Les forces musculaires acquièrent un développement prodigieux chez les maniaques. Les épileptiques qui sont affectés de manie sont, sous ce rapport, excessivement dangereux, parce que rien ne peut leur en imposer; tandis que les autres maniaques se laissent assez facilement subjuguer par un grand déploiement de forces. On ne saurait se faire une idée de l'activité de beaucoup d'entre eux; on en voit qui vont, viennent, marchent à grands pas du matin au soir, se livrent pendant des mois entiers à des actes désordonnés, sans témoigner la moindre fatigue, le moindre sentiment de lassitude.

L'insomnie est assez commune parmi les maniaques; elle peut persister des semaines, des mois. M. Brierre a eu dans son établissement une femme qui marchait jour et nuit. Elle dormait à peine une heure la nuit; souvent dans ses promenades du jour elle paraissait sommeiller, on aurait dit que la marche s'exécutait alors d'une manière automatique. Cet état dura huit ans.

Les vêtements des maniaques sont souvent en désordre, en lambeaux. Beaucoup d'entre eux ne veulent rien garder et s'obstinent à rester tout nus sur la paille qu'ils ne tardent pas à hacher en poussière. La malpropreté est commune chez eux; ils se salissent avec de l'urine, de la salive, des matières fécales, ou bien recherchent parmi les ordures des matières corrompues. Presque tous urinent dans leur lit et rendent les déjections alvines dans leurs vêtements. Il en est qui se parent avec des plumes, des morceaux de laine, des rubans. C'est surtout dans la manie que les femmes, oubliant tout sentiment de pudeur, se livrent aux actes les plus honteux, aux provocations les plus cyniques, tiennent les propos les plus grossiers et les plus orduriers. Une particularité assez remarquable, c'est que les personnes les plus recommandables par leurs principes religieux, par leurs mœurs, sont souvent celles qui s'abandonnent aux plus grands excès. Tant il est vrai qu'on peut refouler, dompter même les instincts, les penchants, les passions, mais qu'on ne les détruit jamais! L'onanisme est moins fréquent que dans les autres espèces de folie. M. Calmeil dit, au contraire, que tous les maniaques, jeunes ou vieux, sont plus ou moins enclins à l'onanisme, qui concourt pour beaucoup à rendre certaines manies incurables.

Les maniaques doivent être alimentés avec soin, afin de réparer leurs pertes. Pinel a constaté que le défaut de nourriture et la mauvaise distribution exaspèrent le mal et le prolongent. Lorsqu'un maniaque refuse les aliments, nous le laissons tranquille deux, trois, quatre jours, et nous n'avons jamais remarqué que cette conduite fût suivie d'accidents funestes. Leur appétit est, en général, variable. Quelques sujets mangent beaucoup et ne semblent jamais rassasiés; d'autres prennent leurs repas avec beaucoup d'irrégularité. Leur répugnance pour les aliments peut tenir à une mauvaise disposition des organes digestifs. Le plus ordinairement, ils digèrent avec une grande promptitude. La constipation, sans être aussi fréquente que dans la mélancolie, s'observe cependant dans la manie; c'est surtout à son début qu'il importe d'y remédier.

Les maniaques se montrent avides d'air, de liberté; leur respiration est accélérée pendant les paroxismes. Le pouls est souvent fréquent, mais il ne faut pas perdre de vue que les états divers et rapides qui se manifestent d'un moment à l'autre chez le maniaque, tendent à diminuer la valeur des moyennes proportionnelles que l'on obtient en comparant les pulsations des artères d'un grand nombre de maniaques. Toutefois, MM. Mitivié et Leuret ont établi, dans d'intéressantes recherches, que le pouls des maniaques est, après le pouls des hallucinés, celui qui donne le plus de pulsations. Les artères, les veines du cou, des pieds, des mains, se dilatent d'une manière sensible aux approches d'un accès, dans la fureur. La transpiration est quelquefois abondante; la sueur a par moment une odeur pénétrante qui se sent à distance. Beaucoup de maniaques rendent une salive fétide, abondante.

M. Guislain admet, avec Esquirol, une

variété de la manie qui ne présente pas le même degré de force, d'énergie et de fureur, quoiqu'on y reconnaisse toujours la même activité, la même mobilité dans l'exercice des facultés intellectuelles et morales, avec le même défaut de synergie entre elles. C'est une exagération de l'ensemble ou de quelques qualités particulières et actives de l'entendement, du caractère, des goûts d'une ou de plusieurs idées, d'un ou de plusieurs instincts. (*Ouvr. cité*, p. 191.) Nous avons donné à cette variété le nom d'*exaltation maniaque;* elle a beaucoup de ressemblance avec l'ivresse.

Les maniaques sont d'une susceptibilité extrême. Tout les excite, tout les contrarie, tout les irrite. Ils sont d'une mobilité que rien n'arrête, d'une activité incoercible. Ils sont rusés, menteurs, effrontés, querelleurs, mécontents de tout le monde, même des soins les plus affectueux; ils se plaignent sans cesse et des choses et des personnes. Ils ont une intempérance de langue que rien ne modère; ils parlent sans cesse, leur voix est étourdissante. S'ils changent de ton, d'idées et de langage, ils n'en sont pas moins fermes dans le désir de nuire; ils font tout à contresens. Les choses les plus honteuses ne leur coûtent ni à dire ni à exécuter; ils injurient, ils calomnient, ils se plaisent à dénaturer les meilleures intentions, à inventer le mal, à exciter les animosités. Ils déplacent, ils détruisent, ils déchirent; plus ils font de malices, plus ils sont gais, contents et satisfaits; ils rient du mal qu'ils font faire. Au reste, ils sont timides et poltrons; ils s'emportent, ils crient; rarement ils se mettent en fureur; ils n'ont jamais tort; toujours ils ont une bonne raison pour se justifier. Ces aliénés rentrent en partie dans la *manie sans délire* de Pinel, et dans la *folie morale* de Prichard. (Voir *Monomanie*.)

L'explosion des accès est souvent annoncée par une démarche plus vive, certains mouvements dans la figure, quelques froncements de sourcils, un clignement d'yeux, ou un geste anormal. Il est alors utile de mettre le gilet de force, ou de confiner les malades dans un endroit séparé.

La manie a été observée dès les temps les plus reculés, et parfaitement décrite par Soranus. Rangée, par la plupart des auteurs, parmi les maladies chroniques, cette classification ne saurait être adoptée, puisque nous l'avons souvent étudiée à l'état aigu. Comme toutes les autres affections, elle est aiguë, chronique, continue, rémittente, intermittente, périodique, simple, compliquée, etc.

La forme aiguë est continue; sa durée est assez courte, et cède presque toujours au traitement. La forme chronique peut succéder à l'aiguë, elle peut s'établir lentement. Dans le premier cas, l'exaltation va en s'affaiblissant; l'incohérence des idées est remplacée par une sorte de babil calme et décousu; les mouvements, sans cesser d'être désordonnés, sont moins vifs, moins impétueux, les impulsions moins déréglées; les malades se laissent plus facilement conduire. Une remarque, faite par tous les observateurs, et en particulier par M. Calmeil, prouve que la manie ancienne peut offrir des caractères d'acuité, et la manie récente les traits de l'état chronique. La manie chronique peut durer des années; elle se termine souvent par la démence.

Une rémission, plus ou moins marquée, a souvent lieu dans la manie; elle est quelquefois à peine sensible, surtout dans les cas où la manie présente de nombreux paroxismes, soit le jour, soit la nuit. Plusieurs maniaques éprouvent chaque jour, tous les deux ou trois jours, des rémittences de quelques heures; ils reconnaissent alors leur état, quoiqu'ils ne jouissent qu'à demi de leur raison. Suivant Esquirol, la rémission s'observe toujours dans le cours du premier mois depuis l'invasion de la maladie.

La manie présente des accès qui se renouvellent à des périodes tantôt régulières, tantôt irrégulières; on la dit alors intermittente; elle peut être comptée pour un tiers dans une grande réunion de maniaques. Cette forme affecte le type quotidien, tierce ou quarte. Les accès reviennent tous les huit jours, tous les mois, tous les ans. Les accès reviennent spontanément et sans autres causes connues que l'époque, la saison, l'année où l'accès doit éclater; ou bien ils sont provoqués tantôt par les mêmes causes qui ont produit le premier

accès, tantôt par des causes différentes. Quelquefois aussi l'accès est ramené par des dérangements physiques, tels que l'embarras gastrique, la constipation, la céphalalgie, ou par de vraies maladies, comme la maladie vénérienne, la période menstruelle, chaque grossesse, chaque couche. Ordinairement pendant l'intermittence ces individus reviennent à leurs idées et à leurs habitudes, comme s'ils n'avaient jamais été malades. A la longue, les intermittences se changent en simples rémittences, qui finissent par un état habituel de démence.

La manie peut succéder tout à coup à la monomanie, qui peut remplacer à son tour le délire général. Elle coïncide quelquefois avec l'affaiblissement des facultés; on l'observe par moments dans l'imbécillité; de sorte qu'il n'est pas de forme de délire que ne soit susceptible de compliquer la manie; enfin celle-ci peut offrir quelques uns des traits de la monomanie.

La manie peut se compliquer avec les formes graves, les affections cutanées, l'hystérie, l'épilepsie, la paralysie, la chorée, le scorbut, le ramollissement et l'hémorrhagie du cerveau; ces deux dernières complications sont plus rares que ne semblerait le faire croire la théorie.

Les *causes* de la manie, dit M. Calmeil, agissent beaucoup moins isolément que par leur action combinée, leur influence simultanée sur le physique et le moral. Près d'un tiers des maniaques comptent dans leurs parents des imbéciles, des épileptiques, des sujets en démence, des paralytiques, des aveugles, des sourds et muets. Or, qu'un homme, prédisposé par sa naissance aux affections cérébrales, fasse des excès de veilles et d'études, des abus de femmes, de café et de liqueurs fortes, qu'il éprouve des contrariétés d'amour-propre, des revers de fortune et qu'il perde tout à coup la raison; que la folie éclate subitement sur une femme issue de parents aliénés, qui est livrée à la prodigalité, à la débauche, qui a été soumise à de nombreux traitements mercuriels, et qui passe en dernier lieu de la richesse à la pauvreté: il est clair que la dernière catastrophe n'a été pour ces deux individus qu'une cause accidentelle. Déjà antérieurement la lésion qui détermine la folie était imminente dans l'encéphale, et les ébranlements multipliés de cet organe ne pouvaient manquer à la longue de troubler son équilibre fonctionnel. C'est ainsi que s'enchaîne le pouvoir des causes sur la plupart des maniaques. Esquirol porte à un tiers environ le nombre des femmes devenues maniaques par suite des dérangements de la menstruation, survenue à l'époque de la puberté, au temps critique, à la suite de la grossesse. Suivant lui, la proportion des manies, après l'enfantement, est de 1 à 3. A Charenton, les maniaques hommes et femmes forment un peu plus du tiers du chiffre total des admissions, et le sexe masculin figure seul pour le quart de ce chiffre. Chaque année les proportions de la manie sont les mêmes pendant les quatre premiers et les quatre derniers mois. Elles augmentent de deux tiers pendant les quatre mois qui correspondent aux plus grandes chaleurs. A la Salpêtrière, le chiffre des maniaques s'élève depuis le mois de mars jusqu'à la fin d'août, ce chiffre est plus que doublé pendant cette même saison. La manie est plus fréquente dans les pays chauds que dans le Nord et les climats tempérés.

Les affections maniaques sont beaucoup plus considérables de vingt à vingt-cinq ans, et surtout de vingt-cinq à trente ans. Il y a une proportion croissante depuis l'âge de quinze à trente ans, tandis que la proportion est décroissante de trente à soixante ans et au-delà. Si la manie éclate passé soixante ans, elle ne se manifeste que chez des individus forts, robustes et bien conservés; si elle n'a point alors une marche bien aiguë et une terminaison prompte, elle ne tarde pas à dégénérer en démence, ou à se compliquer de paralysie.

Parmi les causes les plus actives de la folie, on note l'onanisme, l'abus du coït, l'intempérance, les excès des boissons alcooliques et fermentées, la suppression des hémorrhoïdes, des épistaxis, des dartres, l'action du soleil, d'un feu prolongé, les violences exercées sur l'extérieur de la tête. L'hérédité joue un rôle important; elle n'a été notée qu'une fois sur six à Charenton.

Certaines professions, certaines positions sociales exposent à contracter plus

spécialement la manie; tels sont les négociants, les militaires, les épiciers, les débitants de tabac, les filles publiques, les élèves de mathématiques transcendantes. L'épilepsie, qui est si souvent la cause de l'idiotisme et de la démence, produit aussi la manie. Sur 400 épileptiques de la Salpêtrière, Esquirol compte 50 maniaques. La mélancolie et l'hypochondrie ont, de tous les temps, été signalées comme causes de la manie. Il faut aussi signaler en passant l'influence des tempéraments. D'après Esquirol, le nombre des causes morales est bien plus élevé que celui des causes physiques. Ce nombre est plus considérable chez les femmes que chez les hommes.

Anatomie pathologique. Pinel et Esquirol ne croyaient pas qu'il y eût de lésions propres à la manie, et considéraient celles qui ont été indiquées par quelques auteurs, comme effets et non comme causes de la maladie. M. Calmeil a trouvé, sur vingt observations de manie simple, le crâne épaissi; la dure-mère injectée; la pie-mère sèche, infiltrée, épaissie, injectée; le cerveau volumineux; la substance grise, rosée, jaunâtre, ardoisée, injectée, endurcie, diminuée; la substance blanche, ferme, endurcie, molle, criblée de vaisseaux, marbrée; le cervelet coloré, mou; la substance grise de la moelle spinale, rosée; les grands ventricules et la base du crâne laissant échapper de la sérosité. Une femme présentait un double foyer inflammatoire. Nous ne reviendrons pas sur les opinions que nous avons émises à l'article *Anatomie pathologique* dans la description de la folie en général, nous ferons seulement observer que ces lésions ont été trouvées dans des maladies étrangères à la folie, et qu'elles existent souvent dans la démence. Si l'inflammation avait d'ailleurs une part si grande dans la manie, comment se fait-il que les émissions sanguines n'aient point une influence décisive sur la maladie, et que souvent elles lui impriment une marche fâcheuse?

De toutes les maladies mentales, la manie offre la durée la plus courte, les chances de guérison les plus nombreuses. Sur 545 maniaques soumis à Charenton à un traitement méthodique et régulier, 263 ont été guéris, c'est un peu moins de la moitié. La proportion des femmes maniaques a lieu dans le rapport de 3 à 5; elle n'est chez les hommes que de 2 sur 5. La durée du traitement a été indiquée ailleurs; nous rappellerons seulement que tandis que toutes les statistiques françaises, anglaises, américaines, allemandes, indiquent une moyenne de six semaines, celle par la méthode de M. Brierre n'est que de dix jours. Peu de maniaques guérissent en hiver: le chiffre des guérisons s'élève au printemps, augmente en été, atteint son maximum à l'automne. Sur 369 maniaques séquestrés, 45 furent rendus à la liberté dans le trimestre de mars, avril, mai; 61 dans le trimestre de juin, juillet, août; 97 dans celui de septembre, octobre, novembre; 32 dans le trimestre de décembre, janvier et février (Esq.). Ces résultats, ajoute M. Calmeil, s'accordent avec ceux que nous obtenons à Charenton. D'après les résultats qui ont été publiés dans le mémoire inséré dans le XIII[e] vol. des *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, les saisons n'ont point d'influence appréciable.

Esquirol a cité des guérisons de manie obtenues dans la deuxième et la troisième année; M. Brierre en a rapporté une après douze ans. Pinel a consigné l'observation d'une femme qui guérit après vingt-cinq ans de maladie; elle ne pouvait comprendre les changements qui s'étaient opérés autour d'elle pendant cette période de temps.

La manie avec paralysie générale, symptômes d'épilepsie, de démence commençante, la manie intermittente, n'offrent point de chances de guérison. On peut, à la vérité, guérir momentanément la dernière, mais elle revient et finit par se changer en démence. L'hérédité, sans nuire une première fois à la guérison, ne doit faire augurer rien de bon après plusieurs rechutes.

Diverses fois nous avons vu la manie arrêter les progrès de la phthsie pulmonaire, et celle-ci marcher avec rapidité lorsque l'accès maniaque était passé. Mead, dans son ouvrage sur les *maladies sacrées*, avait fait les mêmes remarques. Nous avons noté les mêmes effets dans plusieurs affections gastro-intestinales.

Traitement. — L'isolement est ici une

mesure indispensable, car si la guérison est certaine dans le plus grand nombre des cas, les chances s'éloignent à mesure que la maladie est plus ancienne. Le maniaque est d'ailleurs exposé à chaque instant à se faire du mal et à nuire aux autres. Le plus ordinairement il convient de laisser ces malades à l'air libre; mais cette mesure n'est pas toujours praticable, car il est des maniaques que la lumière, les objets excitent au dernier degré et qui se calment dès qu'ils sont renfermés dans un lieu obscur. Plusieurs d'entre eux mettent en pièces leurs vêtements, il faut alors les revêtir de la camisole de force; mais si cette fureur dure trop longtemps et que les mesures répressives amènent des excoriations, il vaut mieux les enfermer dans des cellules obcures garnies de paille fraîche, dans lesquelles ils sont à leur aise.

On a beaucoup préconisé les saignées dans la manie; nous les limitons aux cas où il y a pléthore évidente, et encore ne les considérons-nous que comme de bons auxiliaires, quoique, dans quelques faits, nous ayons vu le retour de la raison succéder à une saignée générale ou à une forte application de sangsues. Une jeune dame maniaque depuis plusieurs mois fut guérie du jour au lendemain, dans l'établissement du docteur Blanche, par une application de 80 sangsues aux parties génitales. L'emploi de ce moyen doit varier suivant les cas, les tempéraments et les circonstances. Il est inutile d'insister sur les inconvénients de la saignée; Pinel, Esquirol, les ont suffisamment fait connaître.

Les bains ont toujours été employés avec succès dans le traitement de la manie. « Les bains tempérés, dit M. Calmeil, conviennent au plus grand nombre des maniaques. On les prescrit tous les jours, tous les deux jours, chaque fois que dans la journée le délire éclate avec le plus de violence; leur durée est d'une heure, de deux, de quatre heures. Souvent, pour augmenter leurs effets salutaires, on entretient sur la tête du maniaque qui reçoit le bain un léger écoulement d'eau froide, que sa continuité, sa durée prolongée et soutenue rendent tout à fait sédatif. » (*Dict. de méd. en* 30 *vol.*, t. XIX, p. 130.) Nous avons cité ce passage tout entier pour ne rien passer sous silence de ce qui a été dit sur les bains prolongés et les écoulements d'eau froide sur la tête; nous croyons être dans le vrai en affirmant qu'il y a entre cette donnée et notre formule la différence d'une ébauche à un tableau. Les bains de siége, combinés avec les bains généraux, réussissent aux femmes qui ont des dérangements de la menstruation, dont les intestins et les organes génitaux éprouvent un certain degré d'excitation. On se trouve bien aussi, dans ce cas, d'ordonner les lavements émollients.

Les douches ont été très employées dans le traitement de la manie; elles étaient devenues d'un usage très restreint, lorsque M. Leuret a de nouveau appelé sur elles l'attention. M. Rech en a signalé les avantages et les inconvénients. Nous les croyons inutiles, lorsque leur effet moral est nul, et qu'elles ne calment même pas momentanément la violence du délire.

Les affusions froides, administrées sans interruption pendant dix minutes, un quart d'heure, à l'aide d'un vase rempli d'eau, qui sert à inonder à grands flots la tête et le corps du maniaque, excitent presque toujours un violent frisson, qui est remplacé, lorsque le malade est de retour dans son lit, par une chaleur fébrile et une abondante transpiration de la peau. Ce moyen nous a paru convenir dans certaines manies suivies ou accompagnées de symptômes ataxiques, d'une sorte de stupeur, d'une sécheresse et d'une âcreté de la peau; mais il faut bien les surveiller, car elles peuvent avoir des résultats fâcheux.

Nous avons fait connaître notre opinion sur les bains froids; nous ne dirons qu'un mot des bains de surprise; ils agissent sans aucun doute par la forte impression morale qu'ils produisent. Les *Annales de la science* contiennent quelques faits bien avérés de guérisons obtenues par ce moyen, mais ils sont du nombre de ceux qu'on ne saurait conseiller.

De tous les remèdes préconisés contre les formes aiguës de la folie, nous n'en connaissons point qui puissent soutenir la comparaison avec les bains prolongés et les irrigations continues. Nous allons faire connaître les indications de M. Brierre

de Boismont sur l'emploi de ce moyen.

Les bains doivent être donnés dans un lieu demi-obscur, fermé ; car on a remarqué que la clarté du jour, la vue des objets, augmentaient l'exaltation des maniaques. Il serait à désirer que ces malades fussent séparés pour qu'ils ne s'entendissent point ; les guérisons ont paru plus promptes quand un seul malade était traité que quand ils se trouvaient plusieurs ensemble ; nous n'avons cependant recueilli aucun fait qui atteste que la cure en ait été empêchée.

La durée des bains a presque toujours été de dix à douze heures, quelquefois même de quinze. Dans quelques cas, elle n'a pas dépassé six à huit heures. Une surveillance attentive des malades peut seule indiquer les circonstances où il convient de la prolonger ou de la diminuer.

La température à laquelle les malades prennent les bains est de 30 à 28° centigrades en hiver, un peu moins élevée en été. Lorsqu'ils sortent de l'eau, la température varie entre 20 et 18°. En général, ils ne se plaignent point d'avoir froid, à moins qu'ils n'aillent mieux ou qu'ils n'aient des intervalles lucides ; beaucoup d'entre eux grelottent, mais ce symptôme n'a point d'importance, tant que les malades sont agités, souffrent ou tiennent des propos décousus. Il n'est pas rare qu'après six, sept et huit heures le calme se manifeste ; quelquefois même la raison paraît se rétablir dès le premier bain ; le plus ordinairement l'agitation revient au bout de quelques heures et surtout vers le milieu de la nuit. M. Brierre n'a point essayé, dans ce cas, de mettre aussitôt les malades au bain, parce qu'il faut se tenir dans les limites du possible ; mais il croit que cette conduite procurerait, dans quelques cas, une guérison plus prompte. Le docteur Turck rapporte des observations de manie aiguë dont la guérison a eu lieu après trois jours de bain. M. Brierre n'a pas expérimenté cette extension du bain prolongé, n'en ayant pas reconnu la nécessité chez les individus qui étaient confiés à ses soins ; il est d'avis qu'elle pourrait être tentée dans les cas de délire aigu à forme hydrophobique, qui sont si fréquemment suivis de mort, et dans les manies furieuses, qui n'ont presque pas un moment de repos. On peut dire cependant que M. Turck se fait une singulière illusion quand il croit triompher de l'épilepsie par un semblable moyen.

Dans les deux ou trois dernières heures du bain, l'agitation finit par se calmer, et le malade répond même assez souvent d'une manière raisonnable aux courtes questions qui lui sont adressées. Lorsqu'il sort du bain, son allure est moins vive, quelquefois même lente ; la peau des mains, des pieds est crispée, ridée, blanchâtre ; les extrémités sont refroidies, le pouls est souvent ralenti, il y a une sensation générale de refroidissement.

Il est des malades dont l'agitation est si grande qu'ils se font de nombreuses contusions ; avec leurs mains, leurs pieds, ils ne cessent de frapper contre les parois de la baignoire. Le meilleur moyen de les empêcher de se blesser est de leur mettre la camisole et les guêtres ; on entoure le collier de linge. Il faut éviter les liens, les sangles qui pourraient exercer une compression circulaire ; car il en résulte facilement dans ces régions des plaies plus ou moins graves.

Plusieurs praticiens ont demandé pourquoi M. Brierre n'avait pas plutôt recours aux bains froids, dont l'action sédative serait bien autrement énergique. La puissance de ce moyen, dont Currie a tiré un excellent parti, et que M. Lacorbière a très bien fait connaître, est grande ; mais il pense qu'il convient mieux dans les affections spasmodiques, dans certaines formes de délire qui succèdent à des fièvres graves, que dans l'aliénation mentale. Le bain froid a été essayé dans cette grave maladie, mais jamais d'une manière prolongée. Sous le rapport physiologique, le refoulement qu'il détermine de la périphérie au centre peut donner lieu à de graves accidents. Ce médicament a quelque chose d'insolite, tranchons le mot, de cruel même, qui, en cas de revers, pourrait être pour le médecin le sujet de nombreux désagréments. On se rappelle qu'Antonius Musa, qui avait sauvé l'empereur Auguste par les bains froids, perdit fort peu de temps après tout crédit, lorsque, par l'emploi des mêmes moyens, il eut, dit Horace, tué le jeune Marcellus.

Le bain prolongé à la température ordi-

naire (30 à 28° centigr.), se refroidissant successivement, n'a aucun de ces inconvénients; il est plus en rapport avec nos constitutions, et n'est point un supplice pour le malade. Il agit en enlevant peu à peu le calorique, et permet au médecin de mesurer les forces du patient.

Mais cet agent thérapeutique, quelque utile qu'il soit, peut occasionner un afflux sanguin vers la tête, et comme cet organe n'y est déjà que trop prédisposé, il en résulte une aggravation dans les symptômes. Pour remédier à cet effet du bain, on a recommandé de placer des compresses d'eau froide sur la tête, des vessies pleines de glace, de l'arroser de temps en temps avec de l'eau, il n'est pas toujours aisé de recourir à ces moyens. Lorsque les malades sont furieux, très agités, ils ne cessent de se débarrasser de ces applications. M. Brierre a pensé qu'on combattrait avec succès cet afflux, et qu'on entretiendrait en même temps une fraîcheur continuelle qui n'aurait rien de pénible pour le malade, en se servant d'un appareil à irrigation, semblable à ceux dont les chirugiens font usage dans les fractures, etc.

Le bain se donne dans une baignoire de force recouverte (comme celles de Charenton, de la Salpêtrière). On peut aussi faire usage d'une forte baignoire ordinaire, à laquelle on adapte un couvercle en bois, composé de deux pièces, qui se joignent pour recevoir la tête. Il est utile d'avoir deux ou trois pièces de tête à cause de la différence de grosseur des cous.

« Pour l'irrigation, on se sert d'un seau en zing, contenant une voie d'eau et terminé par un tuyau recourbé, du diamètre d'un centimètre environ. On le remplit facilement quand il est vide. Cet appareil s'adapte partout; on le place ordinairement sur une planchette à hauteur d'homme. On peut le mettre sur une tige droite à vis, armée d'une petite planchette qu'on monte ou qu'on baisse à volonté; de cette manière le bain peut se prendre dans la chambre du malade. Tous les grands hôpitaux devraient être munis d'un semblable appareil; car il arrive souvent que des malades sont atteints de délire furieux; ils seraient non seulement soulagés, mais même guéris par ce moyen. M. le docteur Fayolle, de Guéret, a communiqué à M. Brierre trois observations d'individus affectés de folie, qu'il avait traités et guéris chez eux par cette méthode. Lorsque les malades sont très agités, qu'il y a accélération du pouls, qu'ils crachotent, avalent précipitamment et rejettent ce qu'ils ont bu, on les met à la diète; celle-ci peut durer quelques jours quand la constitution est forte, pléthorique. Si l'agitation est modérée, les malades faibles, d'un tempérament nerveux, après un ou deux jours d'abstinence, on les nourrit avec des potages que l'on augmente graduellement, et auxquels on peut même ajouter des aliments plus solides. Jamais nous n'avons noté de troubles de la digestion.

» Il est un écueil que doit éviter avec grand soin le praticien qui a obtenu d'excellents effets d'une médication : c'est celui de n'avoir confiance qu'en elle seule, et de ne pas vouloir lui associer des adjuvants souvent utiles, sous prétexte de compliquer l'expérimentation. Quelque bon que soit un moyen, il ne faut pas hésiter à lui adjoindre tous ceux qui peuvent le seconder, car la guérison d'un homme vaut cent fois mieux que le triomphe d'une théorie. C'est parce que nous croyons cette opinion l'expression de la vérité, que nous n'avons point limité le traitement à l'usage exclusif des bains prolongés et des irrigations. Quoique nous ayons vu souvent guérir par ce seul moyen, nous lui avons associé le calomel, tantôt seul, tantôt avec le tartre stibié. Une longue expérience des aliénés nous a appris la difficulté que l'on éprouve à leur faire prendre des médicaments. Sans cesse flairant, obsédés par des illusions, des hallucinations, tourmentés de l'idée qu'on veut les empoisonner, ils rejettent obstinément tout ce qui a une odeur ou une saveur quelconque. Comme, d'un autre côté, l'état des voies digestives, une constipation opiniâtre rendent nécessaire l'usage des purgatifs et des éméto-cathartiques, nous avons fini par nous servir, dans tous les cas de l'espèce, de calomel, qui, dans plusieurs centaines de faits, n'a déterminé qu'un petit nombre de salivations, et une seule fois la gangrène de la bouche. La dose à laquelle nous administrons le calomel varie de 10 à 40 centigr.; mais nous ne

nous contentons point de le prescrire une fois, nous en continuons l'usage cinq, six, huit et dix jours : nous cessons pour le reprendre ensuite. Le tartre stibié se donne aussi avec avantage à la dose de 5 ou 10 centigr.; généralement nous le faisons prendre une ou deux fois; dans quelques cas, cependant, nous le donnons en lavage pendant cinq ou six jours. Le plus ordinairement les malades prennent ce médicament dans leur café ou dans leur potage; le travail digestif ne nous a jamais paru troublé.

» Il existe, dans la première période de la manie, des embarras du côté des voies digestives: les émétiques, les purgatifs, les éméto-cathartiques conviennent à cette époque. L'eau de Sedlitz, le sulfate de potasse, l'huile de ricin, de croton-tiglium sont généralement prescrits. A raison des illusions des maniaques, de leur dégoût pour les boissons, nous associons le calomel à l'émétique dans les proportions de 20 à 30 centigrammes du premier, sur 5 à 10 centigrammes du second. On délaie ces substances dans les tisanes ou les bouillons. Il est quelquefois nécessaire de répéter la dose deux ou trois jours de suite; mais nous avons rarement trouvé de ces natures réfractaires signalées par les auteurs. L'émétique en lavage doit encore être administré lorsqu'il se manifeste dans le cours de la maladie une constipation trop opiniâtre.

» Les boissons se composeront de limonade, d'eau fraîche. de tisanes légèrement nitrées, de petit-lait, de bouillon de veau, de laitue, de chiendent, de groseilles.

» Lorsque la période d'excitation a diminué, que le malade jouit d'une saine raison, mais ne recouvre point le sommeil; il est quelquefois nécessaire de recourir aux opiacés; celui que nous préférons est le laudanum liquide, à la dose de six à huit gouttes dans un demi ou un quart de lavement émollient. C'était le moyen employé par Dupuytren dans le délire nerveux. » (Brierre de Boismont et Marx, *Leçons orales de clinique chirurgicale, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris* par le baron Dupuytren, 2e édit., t. II.)

Fanzago, Currie, Parkinson, Halleray, ont particulièrement recommandé la digitale. M. Guislain la prescrit dans la convalescence; elle favorise alors beaucoup la prompte solution de la maladie. Ce médecin s'est bien trouvé de l'unir à la valériane.

On a préconisé l'application du cautère actuel sur la tête, des vésicatoires sur la nuque; nous croyons ces moyens plus nuisibles qu'utiles; si l'on voulait y recourir à une période avancée de la manie, peut-être vaudrait-il mieux les appliquer sur les extrémités.

La campagne, les voyages, la cessation momentanée des occupations habituelles, sont d'utiles auxiliaires dans la convalescence de la manie. C'est surtout dans les cas de cette espèce que nous conseillons d'opposer une distraction à une émotion pénible, à un commencement de souffrance physique.

ARTICLE V.

Folie puerpérale.

Désignée par la plupart des auteurs sous le nom de *manie puerpérale*, cette variété de l'aliénation nous paraît devoir être plus spécialement appelée *folie puerpérale*, car elle s'observe avec la monomanie, la manie, la stupidité, la démence, les illusions, les hallucinations.

L'anatomie pathologique n'a rien appris sur les lésions propres à cette forme de la folie. L'injection, la rougeur, la présence même du pus dans la matrice ne l'expliqueraient point. Abercrombie rapporte quelques cas malheureux, qui n'ont révélé à l'autopsie qu'une légère injection vasculaire de la pie-mère et de la membrane arachnoïdienne.

L'opinion la plus générale est que cette maladie dépend d'une irritation cérébrale associée à un grand épuisement du système nerveux.

La folie puerpérale attaque un grand nombre de femmes. Esquirol dit qu'à la Salpêtrière, on reçoit un douzième d'aliénées qui le sont devenues par cette influence. Cette proportion varie avec les années; elle peut, dans quelques circonstances, s'élever au dixième du chiffre total. Sur 1,119 aliénées, admises dans cet hôpital dans le cours des années 1811, 1812, 1813, et 1814, 92 avaient perdu la tête après l'accouchement. Sur ce nombre, 60 appartenaient aux années 1812 et 1813. Sur 899 femmes admises à Beth-

lem pendant les cinq dernières années, 111 furent atteintes de folie puerpérale, le huitième du nombre total.

Les causes qui favorisent la folie puerpérale sont prédisposantes, occasionnelles, déterminantes.

L'hérédité a une grande influence, nous l'avons notée dans plusieurs cas. Sur 57 femmes, Burrows l'a constatée 28 fois; sur 111 cas, à Bethlem, on l'a observée 45 fois (*Reid, on the causes, symptomes of puerperal insanity*. — Winslow, *Psychological Journal*, 1848, p. 128).

L'âge de 92 femmes observées par Esquirol s'est distribué de la manière suivante :

22	femmes	de 20 à 25	ans.
41	—	de 25 à 30	—
16	—	de 30 à 35	—
12	—	de 35 à 40	—
1	—	de 43	

Les 57 femmes de Burrows étaient âgées :

1	. . .	de 18	ans.
18	. . .	de 20 à 25	ans.
16	. . .	de 25 à 30	—
10	. . .	de 30 à 35	—
11	. . .	de 35 à 40	—

L'état civil présente des différences dans les deux auteurs; sur les 92 Françaises, 29 étaient filles, 43 mariées. Des 57 Anglaises, 53 étaient mariées, 4 filles.

On a vu que chez les gens de la classe pauvre, la proportion était d'environ un dixième, elle est à peu près d'un septième dans la classe riche. Les aliénations sont rares, après le sevrage, chez les femmes aisées, elles sont fréquentes chez les pauvres; qui sèvrent volontairement ou qui sont forcées de sévrer.

L'époque de l'apparition du délire n'a point été précisément la même dans les deux pays; ainsi en France :

21 femmes sont devenues aliénées du 5ᵉ au 15ᵉ jour.
17 femmes sont devenues aliénées du 15ᵉ au 40ᵉ jour.
19 femmes sont devenues aliénées du 2ᵉ et 3ᵉ mois au 12ᵉ.
19 femmes sont devenues aliénées immédiatement après le sevrage forcé ou volontaire.

En Angleterre, dans 33 cas, le délire se manifesta avant ou le quatorzième jour; dans 11 autres cas, après le quatorzième jour et avant le vingt-huitième.

Esquirol conclut des faits qui lui sont propres : 1° que les aliénations sont plus fréquentes chez les accouchées que chez les nourrices; 2° que le danger de perdre la raison diminue à mesure que les femmes s'éloignent de l'époque de l'accouchement; 3° que les nourrices sur lieu, les nourrices pauvres sont beaucoup plus exposées à devenir aliénées après le sevrage que pendant l'allaitement.

Parmi les causes qui favorisent le développement de la folie puerpérale, il faut placer une susceptibilité extrême, des accès de folie antérieurs à toute grossesse, les accès à la suite de couches précédentes ou pendant la lactation, le travail laborieux, le retour seul de l'accouchement ou de la lactation. On a vu des femmes devenues aliénées après un enfant mâle, conserver leur raison lorsqu'elles accouchaient d'une fille. D'autres ne perdaient la raison qu'à chaque deuxième couche, au troisième ou au cinquième mois de l'allaitement.

Les causes excitantes sont les écarts de régime et les affections morales. Le refroidissement a une action très marquée. Dans les quatre-vingt-douze cas d'Esquirol, dix femmes tombèrent aliénées après une impression de froid. Le sevrage brusque doit aussi être compté parmi ces causes. Le médecin français attribue une grande influence aux causes morales; elles seraient aux causes physiques comme 4 : 1. Sur les 92 aliénées, 44 étaient devenues folles par causes morales. M. Morel dit que la folie peut éclater chez les femmes mariées dès le moment de la conception, avant les premiers phénomènes de la grossesse. Il cite l'exemple d'une jeune Anglaise qui, la première nuit de ses noces, voulut s'élancer par la croisée du quatrième étage. Les Anglais, en général, attribuent une grande influence aux causes morales, et ils font remarquer que dans tous leurs établissements le nombre des femmes filles l'emporte de beaucoup sur celui des femmes mariées.

Burrows ne partage point l'opinion d'Esquirol sur la prédominance des causes morales; il dit qu'à Londres et dans son établissement la proportion des causes phy-

siques a été à celle des causes morales comme 10 : 1. Nous avons lu avec attention son tableau synoptique, et il nous a été impossible de savoir sur quelles bases il s'était appuyé. Appelé fréquemment à donner nos soins à des femmes aliénées par suite de couches, nous avons reconnu que les émotions morales acquéraient dans ces circonstances une grande puissance, à raison de l'état particulier de la femme, et de son impressionnabilité morbide à tous les modes de sentir.

L'invasion de la maladie est souvent annoncée par des changements de caractère, une irascibilité qui porte à faire des remarques désobligeantes d'une manière brusque ; il y a de l'insomnie ; la physionomie trahit la défiance, l'inquiétude ; le pouls est fréquent ; les malades parlent avec beaucoup de volubilité. Elles négligent tout à coup leur enfant. Le langage et la conduite dénotent le trouble de la raison, et le délire éclate. Il n'est pas rare d'observer à cette époque des actes de violence, le suicide, l'infanticide même, sans qu'on soupçonne encore la nature de la maladie. Des symptômes d'hystérie accompagnent quelquefois la période commençante.

Denman (*Practice of Midwifery*, v. XI) et Gooch (*Medical transac.*, v. XI) font observer que la manie puerpérale est souvent accompagnée de fièvre, et que le pouls bat extrêmement vite, quoique la folie ait été définie un délire sans fièvre.

Plusieurs femmes sont assiégées de noirs pressentiments, d'inquiétudes exagérées, pendant plusieurs mois. D'autres sont prévenues de l'accès qui va venir par des signes qu'elles ont déjà reconnus dans d'autres accès.

L'invasion peut être brusque lorsque la cause est énergique et puissante ; la frayeur agit dans ce sens. Quand la marche est progressive, la maladie peut s'annoncer par des céphalalgies intenses, des tintements d'oreilles suivis de rêves pénibles ; on voit se manifester des symptômes hystériques, des convulsions. D'autres femmes, comme le fait observer M. Schneider, médecin allemand, éprouvent un sentiment indéfinissable par tout le corps, se trahissant par un tremblement général des membres, des frissons, des tiraillements douloureux dans les lombes, l'abattement du système musculaire ; souvent il se fait une transition brusque de cet état à des mouvements spasmodiques, convulsifs même, de certains muscles de la face. Tous ces phénomènes peuvent être accompagnés d'hallucinations et de perversions dans certains organes des sens.

La peau est chaude, souple, humide ; le teint pâle, la langue blanche ; les mamelles sont flétries ; l'abdomen n'est ni tendu, ni douloureux ; quelquefois, il y a une douleur très vive à la tête, à l'utérus ; le pouls est petit, faible, concentré ; en même temps, il y a délire exclusif ou monomanie, plus souvent manie, rarement démence. Nous avons noté le délire aigu, les hallucinations ; les hallucinations de l'ouïe sont assez fréquentes. Les femmes entendent des voix qui résonnent à leurs oreilles ; dans quelques cas malheureux, ces voix les poussent au suicide. Cette variété de la folie n'est pas rare, surtout dans la mélancolie ; et il ne faut jamais perdre ce fait de vue dans les cas de l'espèce. Dans cent onze observations de folie puerpérale recueillies à Bethlem, on note trente-deux fois la tendance au suicide. Voici, d'après Esquirol, les signes à l'aide desquels on distingue le délire aigu de la manie : il y a, dans le premier cas, céphalalgie, rougeur des yeux, aridité de la peau, tintement des oreilles, anomalie du pouls, soulèvement des tendons, atataxie des symptômes et marche rapide. Esquirol ajoute que dans cette sorte d'aliénation le *facies* a quelque chose de particulier qui fait reconnaître la maladie, lorsqu'on a l'habitude de soigner des aliénés.

Lorsqu'il y a manie aiguë avec exaltation et loquacité, il arrive quelquefois qu'un délire érotique s'empare des malades, accompagné, chez les femmes même les mieux élevées, des propos les plus obscènes. M. Morel a vu à la Salpêtrière des femmes d'une intelligence plus qu'ordinaire devenir, dans ces moments, étonnantes de sentiments, de gestes et de poses. Il cite l'exemple d'une femme dont les facultés intellectuelles n'étaient saines que lorsqu'elle devenait enceinte ; à l'époque où il publia son mémoire, huit fois déjà la grossesse avait suspendu chez elle le dérangement de la raison.

Le phénomène le plus constant qui accompagne ce délire est la suppression de la sécrétion laiteuse. Il arrive dans quelques

cas rares, cependant, que le lait coule bien. La même particularité a lieu pour les lochies.

En comparant les différentes espèces d'aliénation dans les 92 femmes françaises, on trouve qu'elles se sont montrées :

8 fois sous la forme démente.
35 fois sous la forme monomaniaque.
49 fois sous la forme maniaque.

A Londres, Burrows admit :

33 maniaques.
16 mélancoliques.
8 cas de manie alternativement maniaque et monomaniaque. Il n'a pas observé de cas de démence.

De sorte qu'on peut dire que la manie est la forme la plus fréquente. En 1745, le docteur Berger avait soutenu à Gottingue une thèse ayant pour titre : *De puerperarum maniâ et melancoliâ*.

La folie puerpérale est quelquefois une affection idiopathique, mais le plus ordinairement elle est sympathique.

John Burns (*Principles of Midwifery*, 6e édit.) parle d'une variété de cette maladie dans laquelle la femme, très peu de temps après la délivrance, se plaint d'insomnie. Sa tête est légèrement douloureuse; il y a un sentiment de faiblesse musculaire inaccoutumé; le pouls a son rhythme presque normal. Les symptômes ne tardent pas à devenir plus marqués; le pouls est plus fréquent, la peau chaude, la face colorée, l'ouïe d'une finesse morbide, les yeux injectés et sensibles à la lumière, les paupières pesantes. Il y a un sentiment de constriction dans la gorge ou de suffocation. La faiblesse musculaire se convertit en débilité paralytique; la tête est douloureuse; mais la sensation que donne la douleur est quelquefois vague et difficile à analyser. La malade a de la soif, est constipée, et la sécrétion laiteuse s'arrête. Souvent on n'observe point de dérangement mental apparent, et la malade est seulement obtuse et assoupie, quoiqu'elle soit quelquefois irritable. Dans quelques cas, une véritable aliénation mentale se déclare. Si la maladie n'est pas attaquée vigoureusement, les symptômes paralytiques augmentent, le pouls devient plus lent, et la mort peut arriver dans beaucoup de cas. Cet état paraît être intermédiaire entre l'irritation de la folie puerpérale et l'inflammation des méninges et du cerveau.

Burrows a noté plusieurs cas qui ressemblaient à ceux de la fièvre lente, à l'exception du mouvement fébrile. Le désordre mental consiste quelquefois dans un simple délire, qui n'est que temporaire. Nous avons donné des soins à une jeune dame qui avait par moments un délire maniaque, qui s'était déclaré quinze jours après l'accouchement; elle ne cessait de crier, alors : Mon Dieu, mon Dieu, sauvez-moi ! Par moments, elle avait des visions. Cet état durait pendant une demi-heure, quelquefois moins, puis la raison reparaissait sans aucun nuage. Ces symptômes cessèrent au bout de six jours.

Esquirol signale un délire passager qui se montre après le travail de l'accouchement, et quelquefois pendant la fièvre de lait; il se dissipe promptement par l'écoulement des lochies, leur diminution, la sécrétion laiteuse, la cessation de la fièvre, le retour des forces.

Les aliénations suites de couches guérissent généralement. La proportion est de plus de moitié. Des 92 femmes de la Salpêtrière, 55 ont guéri. Haslam rapporte que sur 80 femmes admises à Bethlem pour folie puerpérale, 50 se rétablirent. Sur les 59 Anglaises de Burrows, 35 recouvrèrent la raison.

La durée du traitement a varié chez les 55 femmes d'Esquirol.

6 ont guéri dans le 1er mois.
7 — — le 2e.
6 — — le 3e.
7 — — le 4e.
5 — — le 5e.
9 — — le 6e.
15 — dans les mois suivants.
2 — après 2 ans.

Donc 38 guérisons, ou les deux tiers, ont eu lieu dans les 6 premiers mois

Chez les 35 femmes guéries par Burrows :

9 se rétablirent dans le 1er mois.
5 — — le 2e.
5 — — le 3e.
3 — — le 4e.
2 — — le 5e.
4 — — le 6e.

1	—	—	le 7ᵉ. mois
2	—	—	le 8ᵉ.
1	—	—	le 9ᵉ.
1	—	—	le 12ᵉ.
1	—	—	le 14ᵉ.
1	—	—	le 24ᵉ.

Cette durée est bien plus considérable que celle que M. Brierre est parvenu à obtenir, puisque toutes ses malades atteintes de manie puerpérale ont guéri dans l'espace de huit jours environ ; nous devons faire une exception pour la mélancolie.

Dans 69 cas de guérisons observées à Bethlem, la durée de la maladie se partagea ainsi :

2 mois.	2
3 —	4
4 —	15
5 —	6
6 —	9
7 —	6
8 —	7
9 —	4
12 —	3
Au-dessus.	7
Aucune indication .	6

La folie puerpérale se termine quelquefois par la mort. Sur les 92 femmes de la Salpêtrière, 4 moururent, environ 1/18. D'après Burrows, la mort serait fréquente dans cette maladie; cela dépend probablement du nombre plus grand des cas de délire aigu ou de méningo-céphalite, qui ont été notés par cet observateur.

Le pronostic de la folie puerpérale est en général favorable quand la forme est maniaque. La monomanie mélancolique est plus longue à guérir. Lorsqu'il existe des symptômes de délire aigu avec refus des boissons (frénésie), la terminaison est presque toujours mortelle. Burrows a fait la remarque que lorsque le désordre de l'esprit précède la lactation et offre les caractères du délire maniaque, il a de la tendance à persister longtemps. Nous ne saurions partager cette opinion. Dans deux cas où les symptômes hystériques accompagnaient la grossesse, les femmes devinrent aliénées à l'accouchement.

Traitement. — Cette forme de la folie est une de celles où les moyens physiques doivent précéder le traitement moral, surtout lorsque les symptômes présentent le type maniaque. Esquirol a préconisé, pendant la première période, la saignée avec ménagement, les sangsues, les ventouses aux cuisses, à la vulve, à la nuque. Il recommande les bains tièdes, les bains de siége, les tisanes purgatives, sudorifiques, les lavements répétés avec 120 grammes de sucre et de lait. L'émétique a été prescrit avec succès par ce praticien. Les révulsifs sur les extrémités peuvent être employés, quand la période d'excitation est passée.

Burrows fait l'importante remarque que dans tous les cas de folie, il faut avoir grand soin de ne pas confondre les symptômes de l'excitation avec l'inflammation, l'augmentation de la contractilité musculaire avec la puissance vitale. Ces observations s'appliquent surtout à la folie puerpérale. Aussi pense-t-il qu'il ne faut point songer ici à désemplir les vaisseaux et à abattre les forces. La chance de guérir une maladie quelconque, dit-il, est d'autant plus grande que l'époque des secousses est plus près du début, et que les remèdes sont plus convenablement prescrits. Il conseille de produire une éruption artificielle sur la peau et un flux dérivatif sur les intestins. La méthode purgative a quelquefois amené la cessation du délire en quelques heures. Le calomel, un mélange de sels et d'infusion de séné, ont souvent dans ce cas rendu de grands services.

S'il y a excitation vasculaire et afflux sanguin vers la tête, ce qui est fréquent, chaleur anormale du crâne, rougeur des yeux, douleur ou battement dans la tête, insomnie, il faut raser immédiatement le cuir chevelu et tirer du sang, de préférence par les ventouses, les sangsues, de l'occiput, du vertex, des tempes, de derrière les oreilles, le long de la colonne, suivant le point douloureux. Il faut se tenir en garde contre les indications du pouls qui trompe dans cette forme de folie aussi bien que dans les autres. Nous croyons qu'il faut être très réservé sur l'emploi de ce moyen.

Les compresses froides, les bains entiers, les bains de siége, les pédiluves avec addition de moutarde ou de raifort, sont aussi recommandés par le médecin anglais. Il a retiré quelques avantages de l'emploi d'un

opiat lorsqu'il n'y a plus d'excitation. Il a peu de confiance dans les vésicatoires, à moins qu'il n'y ait assoupissement, coma, encore préfère-t-il les sinapismes.

Lorsque les symptômes d'excitation cérébrale se calment, on peut recourir avec avantage aux toniques doux qu'on remplace ensuite par le sulfate de quinine, le fer, une nourriture plus généreuse, l'air, l'exercice, le bain de pluie. Si la malade ne témoigne aucun éloignement pour les siens, elle peut être traitée dans sa maison, mais en évitant les visites.

Le délire peut être déterminé par la rétention de débris du placenta, la présence d'une quantité considérable de liqueur amniotique; l'expulsion de ces corps est dans ce cas le moyen de guérison.

Naas dit qu'on a donné avec succès, dans des cas qui avaient résisté aux autres remèdes, la teinture de stramoine d'après la formule d'Hufeland.

Poudre de stramonium. . .	60 gram.
Vin d'Espagne.	240 —
Alcool	30 —

Faites digérer pendant quelques jours et filtr. La dose est de 6, 10, 20 gouttes par jour en trois ou quatre prises. On l'administre dans un peu d'eau. Dans le fait rapporté par Naas, la guérison eut lieu en quinze jours, la maladie durait depuis plusieurs mois. Read de New-York a également préconisé le datura.

Les préparations opiacées paraissent avoir été employées plusieurs fois avec succès dans la folie puerpérale avec symptômes maniaques. M. Cazeaux en a cité deux cas dernièrement à la Société de médecine. Il les avait observés à l'Hôtel-Dieu, lorsqu'il était interne. Les femmes qui en font le sujet présentaient la forme maniaque. La plupart des médecins anglais recommandent cette médication, après avoir pris la précaution d'évacuer les intestins. Ils l'associent ordinairement avec quelque stimulant diffusible comme l'ammoniaque et le camphre, et le prescrivent à des doses assez élevées. On donne l'acétate ou l'hydrochlorate de morphine à la dose d'un quart de grain. Le docteur Winslow l'a employé, avec succès, à la dose d'un demi-grain et même d'un grain, combiné avec le tartrate antimonié de potasse, dans des cas qui avaient résisté à d'autres médicaments. (*Psychological journal*, april 1848, p. 286.)

La poudre de Dower est un remède non moins utile. Un changement quotidien dans l'administration de ces médicaments est quelquefois nécessaire dans les cas qui nécessitent leur emploi. Ainsi on peut un jour administrer un drachme de teinture d'hyosciamus; un autre jour un demi-grain de morphine; dans une autre circonstance 10 grammes de la poudre de Dower. Le chanvre indien a fréquemment réusssi à procurer le sommeil, dans des cas où l'opium avait échoué. La teinture est la meilleure préparation; on l'emploie à la dose de 20 à 60 gouttes. Dans un cas M. Winslow employa le chloroforme, qui non seulement procura le sommeil, mais eut encore pour effet de faire cesser la violence.

On pourra encore consulter sur ce sujet le mémoire du docteur James Macdonald, médecin de l'asile de Bloomingdale à New-York, inséré par extrait dans le *Journal de Winslow*, oct. 1848, p. 531.

Doit-on laisser la mère à l'enfant? L'hérédité resout cette question par la négative; aussi n'avons-nous jamais hésité à sevrer à l'instant, dès que nous avons été consulté pour des cas de l'espèce, et nous n'avons jamais vu que les symptômes fussent aggravés.

Le traitement moral doit être appliqué lorsque les symptômes d'exaltation sont passés, ou que la forme est mélancolique. Langermann cite l'observation d'une jeune fille en proie au plus profond désespoir, qui d'abord n'avait pas voulu dire un mot; à peine fut-elle renfermée dans une chambre seule, qu'elle s'accusa d'une foule de crimes imaginaires. Langermann se montre tout à coup devant la jeune fille, lui reproche son manque de confiance, la console et la guérit en peu de temps.

Nous avons fait connaître la pratique des médecins qui font autorité sur la matière; voici celle qui a le mieux réussi à M. Brierre : quand le délire est maniaque, il met la malade au bain pendant huit, dix et douze heures, il emploie en même temps l'irrigation. Toutes les femmes qu'il a traitées par cette méthode ont été guéries en huit ou dix jours. Deux jeunes femmes qui lui avaient été confiées par les

docteurs Chailly-Honoré et Danyau, avec des antécédents fâcheux, ont été parfaitement rétablies par ce moyen. Chez l'une d'elles, il y avait manie depuis trois semaines : il fit prendre le bain à cinq heures du soir, elle en sortait à dix heures ; dès le deuxième bain, le sommeil était revenu. Il associe le calomel, l'émétique en lavage à l'eau, et il le continue pendant plusieurs jours. Dans les formes mélancoliques, dans la stupidité, les révulsifs extérieurs, le séton, les purgatifs répétés lui ont été fort utiles, mais la guérison est alors beaucoup plus longue.

ARTICLE VI.

Folie des ivrognes.

Généralement connue sous le nom de *delirium tremens*, la folie des ivrognes, successivement appelée *œnomanie* (Rayer), *encéphalopathie crapuleuse* (Lévéillé), *délire vigil*, etc., a été considérée par quelques auteurs comme l'intermédiaire entre la manie et la monomanie. Il est certain, en effet, que le tremblement manque assez souvent, et que le délire se présente tantôt avec prédominance d'une idée, tantôt avec désordre général. Dans les différents rapports médico-légaux qui lui ont été confiés, M. Brierre a montré que tous les désordres de l'esprit pouvaient être les conséquences de l'ivrognerie.

Sutton fut le premier qui appela l'attention sur cette variété de la folie, dont Saunders entretenait d'ailleurs ses élèves depuis quarante ans. Le traitement par l'opium à haute dose est le caractère distinctif du mémoire de l'auteur anglais (Th. Sutton, *Tracts on delirium tremens*, etc. London, 1813). M. Rayer, dans un bon mémoire sur le même sujet, ajouta aux observations de Sutton (*Mémoire sur le delirium tremens*, Paris 1819). Un très bon travail publié dans ces derniers temps est sans contredit celui de M. Marcel, qui a pour titre : *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, thèse in-4°, Paris, 1847.

Les causes de la folie des ivrognes peuvent se ramener à une seule, l'abus des boissons alcooliques. De 1826 à 1836, il a été admis à Charenton 1557 aliénés, dont 134 par ivrognerie (Esquirol, *Annales de méd. lég.*, t. I, p. 101, et *Maladies mentales*, t. II, p. 539, Paris, 1838). Casper (*Beitrage zur medicinischen statistik*, Berlin, 1838) s'exprime ainsi : Un rapport officiel qui concerne Berlin nous apprend que près du tiers des aliénés appartiennent aux basses classes du peuple, et sont tombés dans leur triste état par l'abus de l'eau-de-vie. L'eau-de-vie a une action spéciale sur la production de cette maladie. Roesch dit que les buveurs de vin sont rarement atteints du *delirium tremens*, et plus rarement encore ceux de bière. Il y aurait dans tous les cas une distinction à établir pour les buveurs de vin blanc, car l'observation nous a prouvé que l'usage immodéré de ce vin amenait le désordre de la raison.

Certaines professions y prédisposent davantage ; ainsi, l'on a remarqué que les marchands de vin en détail, les épiciers, les marchands de tabac et d'eau-de-vie, les distillateurs, les maçons, les verriers, étaient les plus exposés au délire des ivrognes. Parmi les causes qui portent les hommes à boire, il faut placer en première ligne le désir d'oublier les chagrins de la vie, l'oisiveté, la légèreté de caractère, les passions, les chagrins domestiques, les travaux de tête excessifs, la nécessité de soutenir une organisation affaiblie et usée pour remplir ses fonctions.

Barkhausen, qui s'est surtout occupé du *delirium tremens*, le définit une maladie qui attaque les individus ayant fait un long abus des boissons spiritueuses, caractérisée principalement par le trouble des fonctions nerveuses, l'insomnie, le délire et des hallucinations d'une nature particulière, fréquemment aussi par le tremblement des membres, avec ou sans fièvre (*Beobachtungen ueber den saenferwahnsinn oder das delirium tremens*, Brême, 1825, p. 5 et 6).

La maladie se déclare quelquefois tout à coup ; le plus ordinairement elle survient progressivement ; elle peut se montrer quelque temps après l'ingestion des boissons.

Les auteurs distinguent le *delirium tremens* en aigu et en chronique, en idiopathique et en symptomatique, en sthénique et en asthénique.

La première période de la maladie se

caractérise par une agitation inaccoutumée, l'anxiété et l'insomnie, le manque d'appétit, des rapports, des nausées, des vomissements; la langue et les lèvres sont rouges, les traits altérés, les yeux comme gonflés; les mains vacillent, et l'intelligence est un peu lésée; le sommeil est troublé par des songes et des apparitions. Sutton dit qu'à cette époque il y a accélération du pouls. Au fort de l'accès, le trouble de l'intelligence et des sens, le désordre d'action, offrent un grand nombre de nuances et de variations. La lésion des mouvements est plus ou moins prononcée; il y a défaut de précision et d'équilibre; la vue est tremblante; la langue sort de la bouche comme par un effort convulsif; les lèvres sont sans cesse en mouvement; l'attitude est incertaine; la progression se fait mal; les mains sont agitées de tremblements. Quelques sujets éprouvent des crises convulsives qui ressemblent tantôt aux convulsions des épileptiques, tantôt à celles des hystériques. Suivant Sutton, les malades ont généralement une sueur abondante. La soif est ardente. Ordinairement les selles sont rares; le dévoiement n'a presque jamais lieu.

M. Marcel a divisé les symptômes de la folie des ivrognes en deux ordres: le premier comprend les accidents immédiats du *delirium tremens*, de la folie ébrieuse; ce sont ceux auxquels il donne le nom d'*accidents primitifs*, *immédiats*, des boissons alcooliques. Le second embrasse les phénomènes qu'on observe à une époque plus ou moins éloignée du début de l'empoisonnement alcoolique; ce sont les *accidents secondaires*, *éloignés*, des boissons alcooliques. Cette division ne nous paraît point avoir l'importance que lui a attribuée M. Marcel, car les symptômes qu'il range parmi les faits secondaires ont été observés par nous dès le début de la maladie. Il n'en est pas moins constant qu'il a très bien décrit les désordres intellectuels et affectifs de cette espèce de folie.

Les hallucinations jouent un rôle important dans le délire de l'ivresse. Roesch les appelle *ébrieuses;* il dit que le malade croit sa chambre, son lit, ses habits, pleins de mouches, d'oiseaux, de souris, de rats, ou même d'animaux imaginaires, qu'il cherche par tous les moyens à éloigner. Cette remarque n'avait point échappé à M. Brierre; on lit dans l'*Histoire des hallucinations:* Ces désordres sont fréquemment caractérisés par la vue d'animaux qui rampent, glissent sur les couvertures, les murailles, le plafond; par l'aspect de figures hideuses, effrayantes, fantastiques (*Des hallucinations*, p. 182). M. Marcel fait observer que la grande majorité de ces hallucinations a pour effet de déterminer une impression morale pénible. Beaucoup de ces aliénés sont convaincus qu'on les poursuit; ils voient des gens armés de couteaux, de bâtons; ils entendent des voix menaçantes. Quelquefois les personnes présentes se transforment en diables, prennent des aspects effroyables. Les hallucinations et les illusions de la vue et de l'ouïe réunies sont les plus communes.

Les hallucinations peuvent donner lieu à des conceptions délirantes qui en sont le plus ordinairement un reflet.

Un grand nombre d'individus entraînés par les excès de boissons se livrent à la débauche. Cette influence existe également dans la folie des ivrognes. Un certain nombre ont des idées érotiques, obscènes même. On nous a conduit, à diverses reprises, un aliéné qui poursuivait toutes les ouvrières de sa femme, ne cessait de se découvrir, et allait même avec des hommes. Sur 20 cas, sept fois M. Marcel a constaté ces étranges aberrations. Il est de ces malades qui ne cessent de répéter que leurs femmes les ont déshonorés, et qu'ils ont vu l'acte s'accomplir devant eux.

En s'occupant de ses recherches sur le suicide, M. Brierre a constaté que sur les 4595 cas dont il avait dépouillé avec soin les procès-verbaux, 533 individus s'étaient donné la mort à la suite d'habitudes d'ivrognerie. Sur ce nombre, 141 étaient aliénés, et chez 53 de ceux-ci, la folie dominante était une monomanie suicide ébrieuse avec hallucinations de nature triste. M. Marcel a noté cet accident dans la moitié des cas: mais il ajoute que tous n'ont pas exécuté leur funeste dessein, et qu'aucun de ceux qui l'ont accompli n'a succombé. Dans tous les faits observés par lui, la mort volontaire était l'effet. Roesch (p. 10, 11) s'exprime ainsi sur ce sujet: C'est principalement le vice de l'ivrognerie qui rend la mort volontaire si répandue de

nos jours. Schlegel a dit : L'ivrognerie est la principale cause du suicide en Angleterre, en Allemagne et en Russie ; le libertinage et le jeu en France ; la bigoterie en Espagne. Deux cents suicides ont eu lieu à Londres, en 1829, par suite de l'habitude des boissons spiritueuses. Ces boissons sont moins recherchées dans la plupart des pays méridionaux que dans les contrées septentrionales ; par la même raison, le suicide est beaucoup plus rare en Italie et en Espagne.

La folie des ivrognes peut se montrer sous la forme de délire aigu, de monomanie, de manie, de démence, sans qu'il y ait aucune lésion du mouvement. Le docteur Jahn, de Meiningen, signale une forme de démence périodique des buveurs qu'il a observée (*Mediz. conversations blatt*, par Hohnbaum et Jahn, 1831, n° 35, p. 276, p. 279). Après que les symptômes de l'empoisonnement se sont dissipés, le ventre se tuméfie soudainement à un point énorme ; les extrémités sont prises de spasmes. Il se déclare un délire, borné le plus ordinairement à quelques exclamations sans suite. Cet état se renouvelle plusieurs fois dans la même journée, pour cesser ensuite des jours ou des semaines. Le *mania a potu* des auteurs est tantôt la vraie manie, tantôt le délire aigu.

Hufeland a donné le nom de *dipsomanie* à une maladie distincte de la folie des ivrognes ; elle consiste dans une propension irrésistible à boire, à s'enivrer, comparable à la faim canine, et à laquelle s'applique très bien le nom de *polydepsie ébrieuse*. Le premier qui ait appelé l'attention sur cette maladie spéciale est un médecin établi en Russie, le docteur Bruhl-Cramer. (*Ueber die Trunksucht und eine rationalle Heil methode derselben*, Berlin, 1819. Roesch., *ouvr. cité*, p. 49.) Elle peut se développer chez les personnes les plus sobres. Ce funeste penchant a été observé chez des femmes très respectables à l'époque du temps critique. On l'a notée égalemeut chez quelques individus après l'apparition de l'aliénation mentale.

La folie des ivrognes a été notée en France, en Angleterre, en Allemagne, en Amérique. Elle est fort commune en Russie et en Pologne ; on dit que dans ce dernier pays les femmes y sont presque aussi sujettes que les hommes, au moins parmi le peuple.

Les récidives sont fréquentes dans cette maladie ; nous voyons souvent entrer dans nos établissements des individus qui reviennent pour la cinquième et la sixième fois. Pendant huit ans il a été reçu, à la même époque, un boucher qui avait un accès de folie qui durait environ quinze jours. Un perruquier s'est présenté, pendant plusieurs années, jusqu'à trois et quatre fois dans l'espace d'un an.

Le *delirium tremens* offre rarement une terminaison funeste. Nous avons observé la mort dans trois cas : chez les deux premiers, le délire était tranquille, incohérent, semblable à une rêvasserie ; les malades se parlaient à voix basse ; le pouls était petit, irrégulier ; les yeux hagards n'avaient point leur éclat accoutumé ; les mouvements étaient tremblotants ; ces malades, forts et vigoureux, avaient été largement saignés en ville ; ils expirèrent dans la nuit. Le troisième avait un délire aigu avec refus des boissons ; il expira le deuxième jour de son mal. Nous donnerons plus loin quelques détails sur ce sujet.

Nous avons assisté à une autopsie, les lésions appréciables ont consisté dans une légère congestion des deux substances. La paralysie générale est survenue dans deux cas ; on l'observe fréquemment. L'érysipèle a été noté par Sutton. La guérison est la terminaison la plus commune dans les cas récents.

Le délire des ivrognes peut se dissiper au bout d'un jour ou deux. Dans les faits observés par M. Marcel, la maladie a varié de quelques semaines à plusieurs mois. La maladie offre dans sa marche des paroxismes et des rémissions.

Le diagnostic de la folie des ivrognes offre peu de difficulté ; la circonstance de son apparition chez les individus qui font des excès alcooliques suffit pour mettre sur la voie. On a longtemps confondu le *delirium tremens* avec le délire aigu (frénésie), les fièvres malignes, nerveuses, et les manies. Les caractères différentiels de ces affections ont été suffisamment indiqués à l'article *Délire aigu*. La terminaison rapide de ce délire, souvent sans aucun moyen thérapeutique, aide à le distinguer de la manie.

Le pronostic du délire des ivrognes est favorable quand la maladie est récente et la forme maniaque, monomaniaque. Les hallucinations disparaissent assez rapidement dans ce cas. Le pronostic est grave dans les formes ataxiques, surtout lorsque l'individu a été saigné. Il est d'autant plus grave que les rechutes sont plus fréquentes et que le mal a déjà une date éloignée. Presque toujours alors il est incurable et se termine par la démence, avec ou sans paralysie générale, à moins que les individus ne soient privés de leur liberté. Sur 32 malades, traités par Sutton, il n'en perdit que 4.

Sutton avait beaucoup préconisé l'emploi de l'opium à haute dose. M. Rayer avait adopté cette pratique qui était aussi celle de MM. Delaroche et Duméril. L'opium était prescrit à haute dose; les malades prenaient 4, 8 et 12 grammes de laudanum. L'efficacité de l'opium n'a point reçu la sanction de l'expérience dans tous les cas. Esquirol et Georget avaient fait observer que les individus atteints de ce délire guérissaient, sans rien faire, au bout de quelques jours, par la seule privation de boissons et l'isolement.

On a vanté les émissions sanguines, et plusieurs médecins honorables ont rapporté des guérisons obtenues par cette méthode. Un premier point serait de constater la nature du désordre produit par l'abus des boissons. Il est évident qu'il peut être dans quelques cas inflammatoire, quoique le plus ordinairement il soit nerveux. Nous avons traité un homme, sujet aux congestions sanguines, qui fut pris du délire des ivrognes pour n'avoir pas fait pratiquer une saignée, comme il y était habitué chaque printemps. Dans son délire, il avait eu plusieurs attaques d'épilepsie. Les moyens employés furent sans efficacité bien marquée, mais dès que nous lui eûmes pratiqué une saignée, il marcha rapidement vers son rétablissement. Nous avons cité trois cas de mort rapide après la saignée.

Ces faits ont assez d'utilité pratique pour que nous entrions dans quelques détails à leur égard.

Le traitement du *delirium tremens* a été l'objet d'un assentiment assez général depuis le travail de l'Anglais Sutton. La plupart des médecins administrent l'opium, les uns par la bouche, les autres en lavement. De temps en temps, cependant, quelques praticiens ont cité des cas de guérison par les saignées. Il est hors de doute que souvent aussi le *delirium tremens* a guéri par le seul isolement et l'abstention momentanée des liqueurs fortes. Il était cependant utile d'examiner les cas où les émissions sanguines convenaient et ceux où il fallait les éviter. Le grand nombre d'aliénés qui ont été soumis à l'observation de M. Brierre, lui a permis de se créer quelques règles de conduite à cet égard.

Lorsque les individus sont forts, pléthoriques, sanguins, sujets aux congestions, aux coups de sang, il est d'avis qu'il faut tirer du sang, mais avec modération, et en observant avec attention les résultats de cette médication. Cette pratique lui paraît surtout bonne, lorsque le tremblement est peu prononcé, qu'il n'y a point de signes convulsifs, que l'incohérence n'est point trop marquée. Il évite, au contraire, de tirer du sang lorsque l'individu est nerveux, état qui peut fort bien coïncider avec les apparences d'un tempérament sanguin; lorsque le buveur est rarement ou jamais saigné. Mais il est des malades qui lui ont surtout paru très mal se trouver de cette médication, ce sont ceux chez qui le délire survient brusquement et avec force, où il se rapproche, par ses symptômes, de la méningite à caractère ataxique. Si le tremblement est très prononcé, s'il existe quelque chose de convulsif, une grande incohérence dans les paroles, une petitesse du pouls, quelque chose de hagard dans les yeux, il se garde bien de pratiquer des émissions sanguines. Parmi les faits où les émissions sanguines n'ont été d'aucune utilité, et ont paru même avoir une influence fâcheuse sur le malade, il cite les trois observations suivantes.

Obs. 1. Un garçon de cave, ancien artilleur, d'une constitution athlétique, après des libations répétées, est pris d'un grand désordre dans l'intelligence. Il chante, crie, s'emporte contre des assassins, des hommes qu'il voit passer et disparaître au travers des murs. Deux fortes saignées lui sont pratiquées en ville, vingt sangsues lui sont placées derrière les oreilles; mais bien loin de calmer le délire, celui-ci devient encore plus furieux. On le conduit, en

1842, dans l'établissement de M. Brierre de Boismont. Il parle sans cesse à voix basse, marmottant entre ses dents des paroles inintelligibles; lorsqu'on lui adresse la parole, il répond assez bien, mais brièvement et comme si c'était un autre, puis l'incohérence recommence aussitôt : son œil est hagard, son teint d'un rouge vineux, quelque peu livide; ses mains, ses lèvres sont agitées d'un tremblement très prononcé; il ne paraît pas se tenir très solidement sur ses jambes. Le pouls est fréquent, agité, faible, tremblant. Tantôt le malade accepte les boissons, tantôt il refuse de boire. Son regard a quelque chose d'effrayé, il regarde partout avec un sentiment de frayeur. Le soir, en montant se coucher, sa frayeur est visiblement augmentée; il pousse des cris, il prétend qu'il y a des hommes couchés sous le lit; il appelle au secours, il les voit le long de la muraille; on est obligé de lui mettre la camisole. Dans le milieu de la nuit, il est pris d'une sueur froide, le pouls devient intermittent, et il succombe au bout de quelques heures. Pendant tout le temps de son séjour dans l'établissement le pouls resta toujours déprimé.

Obs. 2. Un marchand de vin, vigoureux, mais adonné à la boisson, et qui s'enivrait depuis plusieurs années, fut pris, dans le courant de juin 1844, d'une aliénation mentale avec exaltation : la face était rouge, vultueuse; on lui appliqua vingt sangsues derrière les oreilles sans amélioration. Une saignée de deux palettes fut pratiquée; le délire loin de diminuer prit plus d'intensité; comme l'agitation était extrême, on l'amena dans l'établissement de M. Brierre. L'altération de ses traits était frappante : il avait les yeux hagards; la pâleur était livide, le coloris des joues avait une teinte vineuse; comme le précédent, il avait quelque chose de sinistre dans le regard; le tremblement des lèvres et des mains était marqué, la parole était basse, entrecoupée et peu distincte. Le plus ordinairement il marmottait entre ses dents; on fixait très difficilement son attention. Le pouls était très fréquent, mais petit; sa langue n'offrait rien de particulier. Le malade paraissait très effrayé, il regardait autour de lui comme s'il était entouré d'êtres effrayants. On apprit que chez lui il voyait des animaux malfaisants, des reptiles, des hommes à mauvaises figures qui lui faisaient des menaces. Comme il se débattait beaucoup et qu'il ne voulait pas se mettre au lit, on lui mit la camisole. Dans la nuit il expira tout à coup après avoir poussé quelques soupirs.

Dans un cas semblable, où l'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin, on trouva quelques points sanguins dans la substance cérébrale.

Obs. 3. Dans le courant de mai 1848, on conduisit dans le même établissement un homme de quarante-trois ans, assez grand, fort, peu coloré. Depuis deux jours, il présentait des signes d'un dérangement intellectuel. Les renseignements obtenus apprirent que ce malade, de mœurs fort régulières, d'un esprit très positif, avait contracté, par suite de son incorporation dans la garde nationale, des habitudes qui jusqu'alors lui avaient été complétement étrangères. Au corps de garde, il buvait surtout de l'absinthe, et plusieurs fois ses amis, surpris de ses manières, firent entendre cette exclamation : On dirait qu'il est gris. Peu à peu on s'aperçut qu'il devenait irritable, qu'il s'emportait facilement; enfin, la veille de son entrée, son médecin jugea nécessaire, à cause d'épistaxis qui duraient depuis plusieurs jours et de signes de congestion, de lui faire une application de 25 sangsues derrière les oreilles.

Cette émission sanguine n'amena point de soulagement; le délire, au contraire, se déclara et l'agitation devint plus forte.

Une consultation ayant eu lieu, le médecin appelé crut reconnaître une méningo-céphalite; le médecin ordinaire fit plusieurs objections, fondées sur l'absence de céphalalgie, l'état normal des pupilles, leur tolérance pour la lumière, l'absence de mouvements convulsifs; il fit remarquer que les sangsues, loin d'avoir soulagé, avaient été suivies d'un trouble dans les idées. Cette opinion n'ayant pas prévalu, on pratiqua une saignée de 75 décagram. au malade; celle-ci, loin de calmer l'agitation, ne fit que l'accroître. Il fallut se résoudre à placer le malade dans une maison de santé.

Lorsque M. Brierre le vit, il fut frappé

de l'altération de ses traits. Comme les deux précédents, il avait les yeux hagards, le regard sinistre; il marmottait continuellement des phrases dont le sens était inintelligible; il paraissait repousser des objets qui lui faisaient peur; il voyait, en effet, des reptiles, des grenouilles, des hommes qui passaient au travers des murailles. La couleur de son teint avait une pâleur livide; ses mains, ses mâchoires étaient agitées d'un tremblement presque continuel. Lorsqu'on l'interrogeait, en le pressant un peu, il répondait quelques mots justes, mais bientôt il rentrait dans son monde imaginaire et tenait des propos incohérents, dont quelques uns avaient rapport à son état. Le pouls était un peu fréquent, petit.

M. Brierre déclara aux parents que la position du malade était des plus graves et que son sort serait décidé dans la nuit. Au premier mot qui fut prononcé sur la cause de la maladie, il y eut une forte protestation; mais on ne pouvait hésiter en voyant le tremblement, le délire, le genre des hallucinations. Quant à la gravité du pronostic, M. Brierre le fondait sur l'état général, le caractère ataxique qu'il trouvait dans l'ensemble des symptômes, et l'emploi des émissions sanguines.

Les opiacés avaient été employés en ville sans grand bénéfice; M. Brierre pensa qu'un bain avec irrigation pourrait faire quelque bien. Lorsqu'on l'en retira, au bout d'une heure, il s'était opéré une sorte de réaction; la pâleur avait disparu, le pouls s'était relevé; il put répondre à diverses demandes de son médecin qu'il reconnut bien; puis le délire reprit avec une certaine force. A son arrivée, il était couvert d'une sueur visqueuse et presque froide; lorsque son médecin le vit dans la soirée, il était mieux, et celui-ci porta un pronostic plus rassurant sur son état.

Vers les deux heures, il fut pris d'une nouvelle agitation, la figure s'altéra profondément, et il expira vers les trois heures de la nuit.

Il y a donc évidemment des cas où les émissions sanguines sont nuisibles dans le *delirium tremens*. Il arrive alors ce qu'on observe dans beaucoup d'autres affections nerveuses, où la saignée jette les malades dans une débilité profonde, quand elle n'amène pas une terminaison fatale. M. Brierre de Boismont croit qu'on peut établir en principe que le traitement antiphlogistique est éminemment contraire dans les cas de *delirium tremens* qui se manifestent chez des individus nerveux, dont la maladie débute avec des symptômes intenses, graves, simulant une affection inflammatoire du cerveau, présentant quelque chose d'ataxique L'erreur de diagnostic peut être évitée en se reportant aux habitudes du malade, surtout lorsqu'il existe du tremblement, des hallucinations variées, de la nature de celles que l'on a signalées. (*Revue médicale*, p. 579, juillet et août 1848, séance de la Société de médecine de la ville, du 2 juin 1848.)

Dans les cas de l'espèce, lorsque l'agitation est prononcée, les maladies récentes, le délire maniaque, on doit soumettre les individus à la méthode des bains prolongés avec irrigation. Il est rare qu'après le deuxième ou troisième bain ils ne soient calmes et souvent même revenus à la raison. On peut ajouter à l'emploi de ce moyen le calomel associé à l'émétique.

La privation absolue des boissons auxquelles ces malades étaient habitués peut avoir des inconvénients plus ou moins graves.

Voici sur ce sujet les observations qui ont été publiées par M. Brierre de Boismont :

On amène chaque année dans son établissement bon nombre de personnes qui ont perdu la tête par suite d'ivrognerie. Beaucoup guérissent par le seul régime, quelques uns par les bains avec affusion, d'autres par l'opium; mais chez un certain nombre d'entre elles, la privation du vin, de l'eau-de-vie, ne tarde pas à être suivie d'une hydropisie qui se manifeste aux extrémités inférieures, gagne le tronc, les membres, la face, résiste à tous les moyens pharmaceutiques, et ne cède qu'à l'emploi rationnel de la cause qui a produit la perte de la raison. Voici, dans les faits qui se sont présentés à l'observation, deux exemples qui ont paru offrir un certain intérêt.

Obs. 4. *Démence. — Suite de l'abus de liqueurs alcooliques. — Plusieurs attaques d'aliénation furieuse. — Infiltration des extrémités inférieures. — Traitement par le vin pur et l'eau-de-vie. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe.*

M. C...., étranger, âgé de cinquante ans, replet, fort, de taille moyenne, de tempérament lymphatique, a contracté l'habitude des liqueurs fortes. Depuis quelques années cette passion est si violente, qu'il prend tout ce qui lui tombe sous la main pour le vendre et boire. Deux et trois bouteilles d'eau-de-vie sont avalées en peu d'instants. Ces excès répétés ont amené une attaque de *delirium tremens*, il y a huit ans; cette maladie, dont les symptômes n'ont été décrits que d'une manière incomplète, a laissé un affaiblissement de l'intelligence.

Depuis plusieurs mois M. C... exige une surveillance de tous les instants; le perd-on une minute de vue, il s'échappe, entre chez le premier marchand de vin qui s'offre à lui, et laisse sa montre, son chapeau, son gilet, pour payer sa dépense.

C'est à la suite d'une de ces équipées qu'il est conduit dans l'établissement. Sa physionomie est amaigrie, son teint jaune, ses yeux ternes, sans expression. Sa langue est blanchâtre; l'appétit nul. A toutes les questions qu'on lui adresse, il répond : Du vin! de l'eau-de-vie! il s'emporte quand on ne lui apporte pas ce qu'il demande. La nuit, il est tranquille dans son lit. Sa démarche est assurée; il n'y a pas de tremblement dans les membres. Sa mémoire est affaiblie, on lui répète vingt fois la même chose sans que cela paraisse avoir produit une impression sur son esprit.

Pendant les trois premiers jours, il ne prend presque pas d'aliments, on lui donne de l'eau rougie à boire. Peu à peu il s'habitue à la maison, mange comme les autres, et ne demande plus de liqueurs. Deux mois après son entrée, son appétit diminue de jour en jour, sa figure prend une teinte jaunâtre, terreuse, maigrit; il reste dans un coin sans faire de mouvements. Bientôt les jambes deviennent le siége d'une infiltration qui augmente tous les jours. On prescrit la position horizontale, des boissons nitrées et des purgatifs répétés. Pendant quelques jours l'infiltration diminue pendant la nuit; elle reprend sa dimension le jour, puis elle devient stationnaire.

La peau des jambes est énormément distendue, luisante; l'enflure a gagné les cuisses. On continue le nitrate de potasse à haute dose, l'eau de sureau, les purgatifs; l'on joint à ces remèdes la compression. L'infiltration cesse avec les moyens contentifs; mais dès qu'on en discontinue l'emploi, l'hydropisie reparaît aussitôt. La perte d'appétit est toujours la même, l'amaigrissement fait des progrès sensibles. La langue est blanche; l'altération des traits annonce une atteinte grave portée à l'organisation.

Le mode de traitement suivi jusqu'à présent n'ayant amené aucune amélioration, et la maladie faisant au contraire des progrès, le directeur de l'établissement pensa que l'hydropisie était due à la soustraction des excitants habituels du malade; en conséquence il prescrivit une demi-bouteille de vin pur à chaque repas, avec un verre d'eau-de-vie. A peine M. C... avait-il été soumis huit jours à ce régime, qu'un changement des plus remarquables s'opéra dans tout son être. L'infiltration diminua, la physionomie prit une expression meilleure; l'appétit se rétablit; et sans qu'il fût nécessaire de recourir aux bandages, l'enflure guérit radicalement en moins de quinze jours. Plusieurs années se sont écoulées depuis cette époque et jamais l'accident n'a reparu.

L'isolement et l'emploi modéré des boissons fermentées eurent une heureuse influence sur son intelligence. Ce malade, qui était resté en pleine démence après son admission, pouvait causer fort raisonnablement, quoique ses idées fussent affaiblies sur certains sujets. Sa mémoire, qui semblait perdue, avait recouvré presque toute sa force; il racontait les événements de sa vie, décrivait les procédés qu'il avait observés dans l'industrie, et désirait vivement retourner dans sa famille. Une hallucination lui était restée: tous les jours, à trois heures, il voyait entrer sa femme; elle parlait à diverses personnes de la maison, mais ne lui adressait jamais la parole. M. C... a quitté l'établissement rétabli; mais il est presque certain que le goût des liqueurs lui occasionnera une rechute.

Obs. 5. *Délire. — Suite de l'abus du vin. — Anasarque. — Diarrhée opiniâtre. — Emploi du vin. — Guérison.*

Un petit nain, d'environ trente ans, qu'on a pu voir dans les fêtes publiques, avait pris le goût du vin ; il buvait souvent des quantités considérables de champagne. Les moindres contrariétés qu'il éprouvait, les plus légères discussions étaient autant de prétextes pour s'abandonner à son penchant.

A la suite de plusieurs excès de ce genre, il éprouva des symptômes de congestion et perdit connaissance. Lorsque le docteur Allié fut appelé près de lui, il le trouva sans sentiment; les membres dans la résolution. Le pouls avait de la force et de la fréquence; la respiration était suspirieuse, les pincements ne déterminaient que des mouvements obscurs. M. Allié, persuadé qu'il avait affaire à une apoplexie ou du moins à une forte congestion cérébrale, pratiqua trois saignées dans l'espace de trois jours, fit mettre de la glace sur la tête, des sinapismes aux pieds, et prescrivit des boissons laxatives.

Une amélioration prompte se manifesta d'abord, mais de nouveaux symptômes firent craindre une rechute; le malade, qui avait parlé, retomba dans l'assoupissement; puis il eut des accès de fureur, délira, mit en pièces ses bandes ; il devint impossible de le traiter chez lui.

Lorsqu'on l'amena dans l'établissement de M. Brierre de Boismont, il était dans un état de somnolence complet ; il ne répondait point aux question, ronflait sans cesse. On lui fit poser des vésicatoires aux jambes et prendre dix grains de calomel à l'intérieur. Le lendemain il était moins assoupi, répondait de temps en temps; puis il tenait des propos incohérents, voyait des personnages de tout genre, entrait en fureur, criait à la garde, au voleur, à l'assassin. Il voulait s'élancer de son lit ; on fut obligé de lui mettre la camisole.

En l'examinant avec plus d'attention, on s'aperçut que les bras, les jambes, les cuisses et l'abdomen étaient le siége d'une infiltration. La peau des extrémités conservait l'impression du doigt. Six jours après son entrée, il se manifesta une diarrhée abondante ; le malade allait dix à douze fois à la garde-robe. Les traits s'altérèrent promptement et sa figure devint semblable à celle d'un vieillard. La peau était chaude, sèche ; le ventre légèrement douloureux, le pouls petit, mais fréquent. Le malade demandait souvent à boire, mais le plus souvent ne prenait rien. M. Brierre ordonna l'usage des cataplasmes sur le ventre, des lavements avec le laudanum, l'eau de riz gommée à l'intérieur; la diète était d'ailleurs rigoureusement observée par le malade.

A l'aide de ce régime, la diarrhée diminua, mais ne cessa point ; la faiblesse augmentait journellement, la figure s'altérait de plus en plus. Vers le milieu de la journée, les pommettes prenaient une teinte très rouge, le pouls s'accélérait. L'anasarque avait fait des progrès sensibles. Toutes les nuits il avait des hallucinations de la vue, tenait conversation avec des êtres imaginaires qui le querellaient.

La constitution débilitée de ce nain, le traitement antiphlogistique auquel il avait été soumis, sa faiblesse, firent penser à M. Brierre que les moyens toniques et la nourriture offriraient seuls des chances de succès. En conséquence il fit donner chaque jour trois bouillons et trois verres de vin sucré.

Aucun changement ne fut d'abord observé; l'état restait stationnaire, mais les signes fâcheux s'étaient arrêtés. Huit jours après, l'on commença à noter quelques symptômes favorables; la diarrhée avait presque entièrement cessé ; le mouvement fébrile quotidien ne se montrait plus. Au bout d'un mois l'anasarque avait complétement disparu, les hallucinations et les rêvasseries de la nuit était remplacées par un sommeil paisible ; l'appétit était excellent.

Ce nain a repris ses exercices; il jouit maintenant d'une excellente santé, et s'il ne cède point à ses habitudes, il peut éviter le retour de pareils accidents.

Les deux faits que l'on vient de rapporter, et auxquels on pourrait en ajouter d'autres, montrent que dans le délire produit par l'abus des liqueurs fermentées, il faut prendre en considération la nature de la cause, et ne pas perdre de

vue que la privation complète de l'excitant auquel l'économie est habituée depuis longtemps, peut produire de graves désordres physiques qui ne cèdent qu'à l'emploi modéré de ce même excitant. (*De l'hydropisie chez les aliénés buveurs, et de la guérison par l'usage modéré du vin et de l'eau-de-vie; Gazette des hôpitaux*, 8 août 1844.)

Beaucoup d'individus que l'ivresse rend fous, recouvrent la raison après quelques jours de réclusion, soit qu'on les ait traités par cette méthode, soit qu'on se soit contenté de les isoler, quoique nous ayons la conviction que les bains prolongés activent la guérison. Mais les rechutes ont lieu avec la même facilité que les guérisons. Les malades (quel autre nom pourrait-on leur donner?), malgré les promesses les plus formelles, malgré les regrets que leur cause leur funeste passion, malgré la triste perspective qu'ils ont devant eux, la misère dans laquelle ils se plongent eux et leur famille, boivent dès qu'ils ont franchi les portes des établissements où ils étaient renfermés. Les faits de ce genre sont tellement nombreux qu'il est inutile d'insister sur ce point.

Lorsque l'aliénation suite de l'ivresse est sans danger pour l'individu ou pour la société, la séquestration momentanée suffit; mais quand le désordre existe dans les actes, que l'aliéné se porte à des excès sur les autres ou sur lui-même, doit-on se borner à un isolement aussi court? C'est une question fort délicate et dont la solution appartient à la magistrature. Voici, dit M. Brierre, la conduite que j'ai adoptée en pareil cas : lorsqu'un homme a eu plusieurs rechutes, qu'il boit dès sa mise en liberté, qu'il se livre à des actes répréhensibles, je fais un rapport au préfet de police et au procureur du roi, et presque toujours il y a ordre de maintenir l'individu dans l'établissement.

Les Anglais ont publié sur le *delirium tremens* dans l'Inde, des documents qui nous paraissent devoir trouver ici leur place (William Geddes, *Clinical illustrations of the diseases of India*, 1 vol. in-8°, p. 261, London, 1846. A Paris et à Londres, chez J.-B. Baillière). La description de cette affection a été faite d'après dix-huit cas, dans lesquels les malades ont été soumis à l'observation dès le début. Dans un cas, l'intervalle qui s'est écoulé entre la cessation des phénomènes de l'ivresse et l'accès de délire paraît avoir été de dix-huit heures; dans deux de trente-quatre heures; dans deux de quarante-huit heures; et dans deux de soixante, soixante-douze à quatre-vingt-seize heures. Dans aucun cas, le caractère du délire n'a été gai. Les idées étaient toutes empreintes de tristesse et de frayeur, et le raisonnement qui en découlait, quoique rapide et difficile à fixer, était empreint du même caractère d'abattement et de crainte. Parfois les malades voyaient les animaux les plus dégoûtants ou les plus dangereux, et ils mettaient en jeu toute leur énergie pour les éviter. Dans d'autres circonstances, des voix menaçantes, des gestes même venaient frapper leur imagination : et tous leurs efforts étaient employés à s'opposer aux projets de ceux qui, dans leur idée, avaient pris la résolution de les assassiner ou de leur faire du mal. Les serpents, les puces, l'arsenic, le salpêtre, les morts et le diable étaient souvent regardés par les soldats comme les auteurs de leurs maux. Souvent les malades concevaient un sentiment de dégoût et de crainte pour les objets qui les environnaient.

Plusieurs malades s'imaginaient avoir été pendus, ou que leur âme était séparée du corps; ils croyaient être d'une excessive faiblesse à cause de leur long séjour à l'hôpital, ou avoir essayé de se couper la gorge. La crainte de la damnation était une cause d'ardentes prières pour d'autres. L'idée d'avoir commis de grands péchés faisait croire à quelques uns qu'ils étaient condamnés à périr, et cette pensée était souvent un motif de suicide.

Les idées fausses, les hallucinations se manifestaient pour la première fois dans la nuit. Le malade était ordinairement privé de sommeil, ou s'il sommeillait quelque peu il se réveillait en sursaut au milieu d'un rêve effrayant. D'autres fois, influencé par les terreurs de son imagination, il s'efforçait d'éviter les dangers auxquels il se croyait exposé; il était, pour la plupart du temps, dans un mouvement continuel; il errait dans l'hôpital cherchant à s'en échapper, sautait çà et là dans son lit, regardait fréquemment sous

son oreiller, ou tournait rapidement la tête d'un air soupçonneux.

Par moments des gémissements et des cris d'alarmes accompagnaient les gestes et répandaient le trouble dans l'hôpital. Les idées fausses et les visions continuèrent à se montrer de préférence dans le silence des nuits, et dans huit cas elles furent seulement manifestes pendant cette époque. Dans les autres cas, elles furent également sensibles pendant le jour.

L'intensité des idées fausses diminue avec le mal. Peu à peu le malade se met en rapport avec les objets extérieurs, apprécie la fausseté de ses sensations et répond raisonnablement aux questions qu'on lui adresse. L'emploi des opiacés est suivi de résultats plus avantageux que dans les premiers temps de la maladie. Enfin, après un sommeil plus ou moins prolongé, le retour à la raison est complet.

L'amélioration n'est pas toujours permanente, et quelquefois la maladie reparaît vingt-quatre heures après sa première violence; elle abandonne graduellement le malade, après plusieurs intervalles lucides semblables. A l'exception de deux cas dont le début n'a pas été indiqué, et de deux autres qui se sont terminés d'une manière fatale, la durée de la maladie a pu être notée dans les autres; six fois le délire persista vingt-quatre heures; sept fois, un à deux jours; trois fois, deux à trois jours; deux, quatre jours; une fois, cinq jours; deux, sept jours; une fois, huit jours; deux, onze jours, et une dernière fois, douze jours.

Pendant le délire, le pouls a été souvent accéléré, et dans quelques circonstances il y a eu un léger degré de chaleur de la peau et autres symptômes de fièvre. La langue était généralement sale et chargée. Le plus ordinairement il y a constipation; quelquefois cependant les fonctions sont régulières. A l'arrivée des malades, on observe des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, des tremblements, et ces symptômes cessent avant le retour à la raison. L'appétit était généralement perdu; la soif est très grande surtout dans la première période. Le mal de tête était quelquefois très violent, avec coloration de la face et des yeux; d'autres fois, il y avait des vertiges, du troubles de la vue; des tremblements si violents, que les malades ne pouvaient marcher sans appui; les symptômes nerveux dominaient lors de l'admission, mais se remarquaient peu pendant la durée des désordres intellectuels. Les convulsions furent notées dans cinq faits.

Un de ces malades ayant succombé à un refus de boire, quoique les chaleurs fussent extrêmes, à l'autopsie on trouva les membranes et le cerveau très congestionnés, de fortes adhérences de la dure-mère au crâne et une quantité considérable de sérosité dans les ventricules.

Le *delirium tremens* paraît attaquer de préférence les soldats plus âgés. Sur 24 sujets, 4 avaient moins de vingt-huit ans, 7 avaient de vingt-huit à vingt-neuf ans; tandis que 11 étaient compris entre trente et quarante ans. La période de séjour dans les Indes correspondait dans un grand degré à celle des âges. Les cas furent plus nombreux dans la saison froide que dans la saison chaude.

Il ne faut pas oublier, en parlant des traitements, que la maladie cesse quelquefois sans aucun remède. Lorsque l'excitation est trop grande pour se terminer par le repos, on a recours à l'opium, seul ou administré conjointement avec les purgatifs; on applique une ventouse à la nuque, et l'on prescrit le calomel. Lorsqu'il y avait mal à la tête, coloration à la face, injection des yeux, on mettait des sangsues à diverses reprises aux tempes, une ventouse à la nuque ou au sommet de la tête.

Le séjour des malades à l'hôpital varia entre trois et sept jours, neuf et onze jours. Dans tous les cas de délire des ivrognes, à l'exception de ceux qui se terminèrent par la mort, la saignée ne fut mise en usage qu'une fois. Onze fois on eut recours aux sangsues pour la céphalalgie et la congestion. Les purgations furent données lorsqu'il y avait constipation. L'emploi du calomel détermina, dans beaucoup de cas, une affection de la bouche; quatre fois le délire cessa avant cette période; la fin du délire eut lieu cinq fois avec l'apparition de la salivation, et deux fois le délire persista, malgré la salivation. La quantité d'opium, pour chaque jour, variait entre un et six grains. On fit la remarque que,

dans quelques cas, où les doses les plus fortes avaient été administrées, l'excitation avait augmenté et le trouble intellectuel avait fait des progrès. Outre les remèdes qui viennent d'être indiqués, on eut plusieurs fois recours au tartrate de potasse et d'antimoine, au sulfate de quinine et au camphre, mais ils ne parurent point avoir d'effets appréciables.

ARTICLE VII.

Monomanie.

Le délire partiel sur une idée ou sur une série d'idées concernant le même sujet, est connu depuis fort longtemps. Le fou du Pyrée qui s'imaginait que tous les vaisseaux qui entraient dans le port lui appartenaient, celui dont parle Horace qui croyait assister à un spectacle dont il décrivait le sujet et les acteurs, sont des types de ce genre de délire.

Confondu avec la manie et la mélancolie, ce désordre de l'intelligence a été désigné par Esquirol sous le nom de *monomanie*, qui est aujourd'hui généralement adopté. M. Foville, dans son article *Aliénation* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, a nié qu'il existât des monomaniaques; M. Prichard, dans sa *Folie morale*, s'est également élevé contre ce mot. (*Treatise on insanity and other disordees affecting the mind*, London, 1835, in-8°.) Esquirol a cherché à détruire ces critiques (t. II, p. 4), contre lesquelles a également protesté M. Baillarger, en montrant qu'au début et quelquefois longtemps même après, il n'existait qu'une seule idée ou une série d'idées toujours la même. Il ajoute avec raison qu'il faut tenir compte de l'idée principale et ne pas s'occuper des idées accessoires. Ce médecin cite à ce sujet un cas de monomanie homicide qui persistait depuis plus de vingt ans (*Quelques considérations sur la monomanie*, *Annal. médico-psycholog.* t. VIII.). Ce que M. Baillarger dit du début, nous pourrions l'appliquer à la période décroissante de la maladie. Un magistrat se croit perdu pour une mauvaise action; encore faut-il le presser de près pour lui arracher cet aveu; sur tout le reste, il est d'une raison parfaite. Il plaisante même parfois de son idée, s'occupe de tout ce qui peut le distraire et l'instruire. Nous avons donné il y a peu de temps des soins à un monsieur très riche qui n'a qu'une seule idée fixe, celle de se croire ruiné, et dont la conversation n'exprime pas le plus léger désordre.

La monomanie consiste dans un dérangement de l'esprit qui peut porter sur un vice partiel du jugement, sur une aberration de la sensibilité physique, sur une lésion des qualités affectives, des sentiments instinctifs. Hors de ce désordre, les individus sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde. Esquirol appelle *monomanie affective*, la *monomanie raisonnante* des auteurs, qui résulte de la perversion des sentiments et des actes; *monomanie instinctive*, la *monomanie sans délire* intellectuel, qui résulte de la prépondérance des penchants sur la volonté.

On doit distinguer la monomanie en deux grandes espèces, les monomanies gaies (*aménomanie*) et les monomanies tristes (*lypémanie*), auxquelles Guislain, qui considère le caractère oppressif comme le point de départ de toutes les folies, donne le nom de *luperophrénie.*

Dans l'aménomanie, la figure est animée, mobile, riante; les yeux sont vifs, brillants. Les individus compris dans cette catégorie sont gais, pétulants, téméraires, audacieux, font beaucoup d'exercice, sont bavards, bruyants, prétentieux, prompts à s'irriter; rien ne paraît faire obstacle au libre exercice de leurs fonctions. Dans l'aménomanie, la sensibilité est agréablement excitée, les passions expansives.

Les lypémaniaques présentent un aspect tout opposé; leur teint est jaune, pâle et même terne; les traits du visage sont concentrés, immobiles, grippés; les yeux sont caves, fixes; le regard est inquiet, soupçonneux. Les lypémaniaques, ennemis du mouvement, sont dissimulés, parlent peu, s'accusent; les fonctions s'accomplissent péniblement. Dans cette forme, la sensibilité est lésée, les passions tristes, oppressives, modifient l'intelligence et la volonté. Le lypémaniaque se concentre en lui-même. Les efforts que l'on fait pour rassurer les lypémaniaques, pour les détourner de leurs croyances, sont rarement fructueux. Il arrive même quelquefois à ceux qui ont la conscience qu'ils se trompent, de persister dans le langage que leur fait tenir le délire.

Anatomie pathologique. — Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'énoncer les désordres anatomiques qu'on constate dans la monomanie. M. Parchappe est presque tenté de les aller chercher dans la prédominance d'une circonvolution cérébrale. Il rapproche les lésions observées par lui à la périphérie du cerveau des mélancoliques, de celles que détermine un travail inflammatoire. Suivant M. Calmeil, les altérations trouvées dans les monomanies sont insuffisantes pour expliquer les variétés de formes innombrables du délire monomaniaque. Quelques auteurs en ont fait une cérébrite. Il est hors de doute que l'évolution du cerveau ne doit pas se faire dans ce cas comme à l'état normal, mais nos connaissances sont aussi peu avancées sur ce sujet que sur la filiation et le mode de production des idées fausses avec lesquelles les monomanies ont tant de connexité.

Les causes des monomanies sont en général celles qui ont été signalées dans l'étiologie de l'aliénation mentale. Le rôle du moral est surtout ici considérable. L'influence des idées dominantes a sa place marquée dans l'histoire des monomanies. Aussi a-t-on vu que c'est surtout à elles que conviendrait le nom de maladies de la civilisation. Tour à tour religieuses, guerrières, érotiques, mélancoliques, elles reflètent les idées sociales de l'époque. C'est ainsi qu'on voit les Thyades athéniennes se répandre à demi nues dans les villes, poussant des hurlements effroyables. Dans les derniers temps de la république romaine, sous les empereurs, la mélancolie suicide s'empare des sénateurs, des chevaliers et d'une foule de personnages distingués. Les irruptions des barbares, les persécutions dirigées contre les premiers chrétiens grossissent le catalogue de l'aliénation. Au moyen âge, les guerres continuelles et acharnées des nations, l'influence toute-puissante du catholicisme, l'ignorance profonde des peuples et des grands, l'amour du merveilleux, développent outre mesure la passion des armes, l'enthousiasme religieux, les croyances superstitieuses. Aussi cette époque est-elle féconde en apparitions, en révélations, en folies amoureuses et chevaleresques. A la même période appartiennent une folie qui offre beaucoup d'analogie avec le tarentisme, la chorée épidémique, le tarentisme et la lycanthropie.

Le XVe et le XVIe siècle présentent pour physionomie spéciale les sorciers, les possédés, les démonomaniaques. C'est du milieu de ces scènes déplorables que naît la réforme qui devient le signal de milliers d'aliénations. Au commencement du XVIIIe siècle parut le vampirisme qui envahit un grand nombre de contrées. L'apparition des convulsionnaires date aussi du XVIIIe siècle. L'Angleterre, par sa révolution de 1680, donne le signal de nouveaux désordres dans l'intelligence de l'homme. Les établissements se remplissent d'aliénés ; mais là, chose remarquable, c'est surtout parmi les nouveaux nobles que la folie choisit ses victimes, tandis que la révolution française décime surtout les anciennes familles.

Sous la république et sous l'empire, l'organisation de la police répand l'inquiétude et la frayeur, et l'on voit paraître une nouvelle forme de l'aliénation caractérisée par la peur excessive d'être compromis, poursuivi, arrêté. Après l'arrivée du pape, les folies religieuses se multiplient. La conscription et la vie militaire sont aussi l'origine de nombreuses aberrations de l'esprit. L'éclatante fortune de quelques hommes peuple les maisons de santé de princes, de rois, de reines. Les revers de la campagne de Moscou, l'entrée des alliés, donnent lieu à un grand nombre de maladies mentales. Les condamnations politiques de 1815 occasionnent des monomanies variées dont plusieurs ont pour caractère distinctif une misanthropie profonde. Dans la période de quinze ans qui succède à la restauration, on note un assez grand nombre de folies religieuses. Les trois journées de juillet et le choléra grossissent le catalogue de la folie, augmentent aussi la proportion des aliénés (*De l'influence de la civilisation sur la folie*, *Annales d'hygiène*, t. XXI, p. 241).

Dans les circonstances ordinaires de la vie, le délire monomaniaque n'est souvent que l'expression exagérée des idées, des sensations qui préoccupent habituellement l'individu ; la monomanie offre surtout l'empreinte des inclinations, des goûts, des penchants, des sentiments ; elle est souvent le résultat d'une contrariété domesti-

que, d'une contrariété amoureuse, du chagrin causé par la perte d'un objet chéri, d'une ambition trompée. d'un orgueil non satisfait, etc.

La monomanie peut aussi se déclarer après l'enfantement, des excès d'onanisme, de coït, des écarts de régime; à la suite d'une suppression de règles, de flueurs blanches, d'épistaxis, d'hémorrhoïdes, de la suppression d'un exanthème. La constitution et le tempérament influent presque toujours sur la nature du délire. Il en est de même des sexes; aussi les hommes sont-ils plus sujets à la monomanie des grandeurs, des richesses. Les femmes, au contraire, sont plutôt la proie du délire religieux, de la mélancolie, de la crainte, de la magie, des esprits malfaisants, de la damnation.

« En combinant, dit Esquirol, les causes physiques et morales de la manie, particulièrement celles qui supposent des passions fortes, énergiques, expansives, avec les causes prédisposantes et excitantes de la lypémanie, on peut se faire une idée exacte des causes de la monomanie.

» L'attitude, la contenance, les actes des monomaniaques, l'expression de leur figure, leur habitude extérieure, sont autant de sujets d'études et d'observations. La physionomie exprime le contentement et la joie dans l'aménomanie. Le regard est triste et morne dans la lypémanie. Les mélancoliques sont immobiles, refusent de se vêtir, de prendre des aliments, et il faut employer la contrainte avec eux.

» Beaucoup de monomaniaques sont satisfaits d'eux-mêmes, contents des autres; ils sont heureux, joyeux, communicatifs; ils chantent, rient, dansent. Comme les autres aliénés, ils sont sujets aux hallucinations et aux illusions; souvent même les illusions et les hallucinations caractérisent seules leur délire et sont la cause de la perversion de leurs affections et du dérèglement de leurs actions. Les monomaniaques ont peu d'affection pour leur famille et leurs amis, ou bien leur tendresse est exagérée. Cette règle souffre cependant des exceptions. A l'instar de beaucoup d'aliénés, ces malades négligent leurs intérêts, leurs affaires, et affrontent les convenances sociales. Plusieurs monomaniaques élevés dans les principes les plus sévères, changent complétement de caractère, d'habitudes et de conduite.

» La peau du corps est aride, sèche et ridée dans la lypémanie; brune et comme tannée dans la démonomanie. Beaucoup de monomaniaques ont l'haleine et la transpiration fétides, les mains et les pieds glacés. L'appétit des monomaniaques est nul, perverti, dissimulé, ou poussé jusqu'à la voracité. Les exemples d'abstinence sont fréquents dans la lypémanie. Il y en a qui mangent et boivent des objets dégoûtants. La constipation est souvent très opiniâtre. Le pouls et la respiration sont généralement à l'état normal; chez quelques uns cependant, le pouls est dur et élevé. Le sommeil est presque nul et toujours inquiet dans la mélancolie. Plusieurs femmes sont peu ou point réglées; la menstruation n'est point dérangée chez d'autres. Les organes génitaux paraissent plus excités chez les femmes que chez les hommes. L'onanisme est un vice fréquent dans toutes les espèces de monomanie.

» On doit d'autant plus redouter la fureur dans cette forme de l'aliénation, qu'elle se manifeste comme par impulsion, que les motifs agissent puissamment sur l'esprit des malades, et qu'elle éclate presque toujours à l'improviste.

» Le début de la monomanie est quelquefois instantané. En général, elle couve plus ou moins longtemps, et se manifeste par des changements dans l'individu. Après avoir été souvent méconnue par ceux qui entourent l'individu, un événement, une circonstance imprévue, occasionnent un dernier ébranlement dans le système nerveux et ne permettent plus de se faire illusion sur le genre de la maladie. Lorsque la manifestation du délire se fait ainsi rapidement, la peau est souvent chaude, le pouls accéléré, la langue plus ou moins rouge: l'urine rare, épaisse. Ces accidents se dissipent à mesure que la maladie s'affaiblit; mais survient-il une recrudescence vers le cerveau, l'on doit craindre le retour des lésions intestinales, qui manquent rarement au début de la folie.

» La monomanie est quelquefois épidémique. Cette étrange maladie, qui désola la Hollande et la province du Rhin en 1373, sous le nom de *mal des ardents*, de *mal de Saint-Jean*, n'était-elle pas une épidémie?

Les gens qui en étaient attaqués quittaient leurs habits, se couronnaient de fleurs, se tenaient par la main, couraient dans les rues et dans les temples, en chantant et en dansant; leur ventre se gonflait si fort, que plusieurs en mouraient, s'ils n'avaient soin de le serrer. » (Esquirol, *Des maladies mentales*, t. II, p. 28.) Nous en avons cité d'autres exemples dans les causes.

Les monomanies peuvent se compliquer d'affections nerveuses : ainsi l'on a noté les convulsions hystériques, des tremblements nerveux, des accidents musculaires qui rappellent ceux de l'extase, de la catalepsie et du tétanos. On observe aussi la chorée, des mouvements insolites de la tête, des attaques d'épilepsie. La paralysie générale est une complication fréquente de l'aménomanie.

La monomanie est plus fréquente que les autres espèces de folie; les femmes en sont plus affectées que les hommes. D'après M. Calmeil, le chiffre de la monomanie à Charenton est au chiffre des admissions totales dans le rapport de 1 à 2,17. La proportion des femmes monomanes est à celle des femmes admises dans l'établissement comme 1 : 1,8; celui des hommes monomaniaques à la totalité du sexe masculin comme 1 : 2,5. A Paris, on a remarqué que la monomanie offre surtout les caractères de la lypémanie avec propension au suicide, à la folie sensoriale, à la monomanie affective. Il est important de faire observer que beaucoup de folies partielles offrent d'extrêmes difficultés de classement.

Le type continu est commun dans les délires partiels; fort souvent on observe dans ces maladies un bon et un mauvais jour, des paroxismes d'excitation, de tristesse, de désespoir, ou des retours imparfaits de tranquillité, d'une raison calme, de sécurité et de confiance. Dans quelques cas, le délire est intermittent, le sujet raisonne bien de ce qu'il a éprouvé, reconnaît la fausseté de ses hallucinations, de ses idées. Au bout de quelque temps, sans causes appréciables, ou bien sous l'influence de la menstruation, le délire reparaît avec toute sa force. La crainte d'une rechute peut contribuer à sa reproduction.

M. Guislain, dans ses *Phrénopathies*, p. 216, a beaucoup insisté sur l'existence simultanée des différents genres d'aliénation mentale, sur les métamorphoses que les aliénations subissent à tout moment. Rarement, dit-il, une maladie mentale conserve, pendant ses différentes périodes, le caractère qu'elle offre à son début; on la voit passer par une infinité de nuances diverses, dans lesquelles on reconnaît parfois toutes les variétés des phrénopathies connues. Esquirol avait fait aussi observer que la monomanie passait quelquefois à la manie; c'est un fait que nous avons plusieurs fois observé dans la manie aiguë; l'aménomanie alterne quelquefois avec la lypémanie. Lorsque le délire partiel se prolonge, il dégénère en démence. Esquirol signale un état intermédiaire, mélange des deux espèces.

La marche de la monomanie est tantôt brusque, rapide, tantôt longue; le plus ordinairement elle a un cours réglé; sa terminaison est souvent inattendue; elle se juge comme les autres aliénations; mais il n'est pas rare qu'elle se termine tout à coup, sans cause, ou par une vive émotion.

La durée moyenne de la monomanie est généralement plus longue que celle de la manie; sur 100 monomaniaques rétablis à Charenton,

31 le sont après. . .		3 mois.
19 —	dans le. . .	2e semestre.
12 —	dans le. . .	3e —
17 —	dans le. . .	4e —
7 —	dans les. .	15 premiers mois.
7 —	pendant la	2e année.
2 —	pendant la	3e —
5 —	après un grand nombre d'années.	

M. Calmeil dit que la lypémanie et la démonomanie ne guérissent pas, ou guérissent avec lenteur. Nous trouvons cette opinion trop exclusive. L'observation de mademoiselle Claire, que M. Brierre a citée (*Histoire des Hallucinations*), prouve que la démonomanie guérit très bien; mais il faut distinguer les espèces. Suivant l'habile médecin de Charenton, « le chiffre des monomaniaques qui recouvrent la raison est au chiffre total des admissions, comme 1 : 2; le chiffre des hommes guéris est à celui des hommes séquestrés :: 1 : 7,5; le chiffre des femmes guéries est à celui

des femmes séquestrées : : 1 : 4,8. La population des deux sexes étant supposée égale, les cas de guérison de délire partiel sont plus nombreux parmi les femmes que parmi les hommes.

» Le diagnostic de la monomanie est quelquefois très embarrassant dans la folie qui paraît être purement sensoriale, affective ou instinctive. Il est évident qu'un homme a l'esprit dérangé, lorsqu'après avoir manifesté une haine prononcée contre ses proches, occasionné des querelles dans son ménage, tenu des propos calomnieux contre des personnes respectables, il est le premier à gémir sur sa conduite; il en est de même lorsqu'on frémit intérieurement d'un penchant, d'une idée qui nous entraîne à la cruauté, si la volonté est nulle ou impuissante au moment de l'exécution.

» Il est des nuances dans la perception de la sensibilité viscérale, de la sensibilité extérieure, de la sensibilité morale, dans les appétits instinctifs, les actes, la tenue du sujet, dans la manière dont il règle le sommeil et la veille, ses distractions, ses heures de travail, ses repas; des nuances dans la nature de ses goûts actuels, et même dans l'état fonctionnel des organes étrangers à l'innervation, qui suffisent, lorsqu'on les observe réunies sur une personne qui ne présentait auparavant rien de semblable, pour justifier pleinement le diagnostic d'une folie spéciale et partielle. Mettez l'individu en opposition avec lui-même, comparez ce qu'il pense, ce qu'il dit, ce qu'il fait, avec ce qu'il a fait, dit et pensé jusque là, s'il approuve ce qu'il blâmait le plus, s'il loue ce à quoi il aurait rougi de songer tout bas; s'il a cessé de dormir, parlant, discutant sans cesse, lorsqu'il était enclin au sommeil, sobre de paroles et de discussions; s'il est tourmenté ou débarrassé de maux de tête, de gastralgies qui n'étaient point ordinaires, ou qui revenaient autrefois souvent; s'il digère mieux et plus vite que d'habitude; si le flux menstruel est supprimé ou dérangé, tenez-vous en garde contre les grands centres nerveux, et si de fâcheuses impulsions compliquent ce qu'on peut appeler le délire du moral, n'hésitez pas à sanctionner par votre jugement l'existence de la folie. » (Calmeil, *Dictionnaire en* 30 *vol.*, 2e édit., article MONOMANIE.)

Esquirol, MM. Parchappe, Thore, ont publié des recherches qui ne laissent aucun doute sur la fréquence des affections thoraciques et abdominales chroniques dans la lypémanie. D'après les relevés des observations de M. Calmeil, sur vingt monomaniaques qui succombent, il en est dix qui présentent de nombreux tubercules dans les poumons. Il est évident, ajoute ce médecin, que l'inflammation lente des plèvres et des diverses portions de la membrane muqueuse gastro-intestinale, les progrès de la phthisie pulmonaire entraînent la perte du plus grand nombre des lypémaniaques qui succombent.

Le traitement des monomanies est, sans contredit, celui qui exige le plus de sagacité et de tact de la part des médecins, c'est évidemment dans les cas de cette espèce que le traitement moral a rendu de grands services. Mais il importe cependant de faire une distinction, lorsque les aliénés sont arrivés au summum de la maladie, il y a presque toujours un état aigu, l'idée fausse a d'abord paru seule, mais à mesure qu'elle se cantonnait plus fortement dans le cerveau, elle amenait avec elle le cortége de symptômes physiques. Chaleur de tête, dureté et élévation du pouls, état saburral, constipation, insomnie, voilà les sentinelles avancées qu'il faut renverser. C'est contre cet ensemble de symptômes que l'on a employé, avec un succès remarquable, les bains prolongés et les irrigations continues. En peu de jours l'acuité des phénomènes disparaît et souvent même l'idée fixe s'évanouit.

Lorsque les fonctions ont repris leur cours naturel, et que le désordre intellectuel persiste seul, les moyens moraux sont la ressource du médecin. L'intimidation a été mise en usage avec succès par M. Leuret, mais cette méthode n'est point infaillible, elle agit dans certaines limites et rencontre des résistances insurmontables chez les hommes à volonté ferme; aussi M. Leuret, dans ses nouvelles indications thérapeutiques pour servir au traitement moral, en est-il conduit à proclamer qu'on ne peut établir de règles, et qu'il faut suivre l'inspiration du moment.

« Jamais d'avance, dit M. Calmeil, avec les monomaniaques, il n'est permis de régler définitivement la conduite et le lan-

gage qu'on voudrait tenir à leur égard. Comment, d'ailleurs, gouverner par le raisonnement et la persuasion des aliénés qui vous disent froidement : A quoi servent tous vos discours ? Nous n'ignorons pas plus que vous que les spectres, les funestes prévisions qui nous ôtent le repos, n'existent que dans notre imagination ; mais dépend-il de notre volonté qu'il en soit autrement ? Ne sommes-nous pas tout aussi tourmentés, tout aussi malheureux, que si nous étions assiégés par des êtres ou par des dangers réels? » (*loc. cit.*)

Tout en rendant justice au mérite éminent de M. Leuret, nous n'adoptons point exclusivement son système d'inspirations médicales. Quelques brillants succès peuvent être obtenus par cette méthode, mais elle est à l'usage d'un trop petit nombre d'esprits pour que nous ne cherchions pas un traitement d'une application plus générale.

L'idée seule reste-t-elle à combattre ? Il faut chercher si elle est le résultat d'une organisation vicieuse ; d'une mauvaise éducation, d'une souffrance quelconque. Celles qui proviennent des deux premières catégories opposent souvent une résistance énergique et lassent la patience du médecin ; c'est surtout contre ces deux espèces qu'il faut se montrer ferme et énergique, l'intimidation est ici un puissant auxiliaire: les paroles sévères, les commandements absolus, les réprimandes fortes, l'ascendant de la personne, la douche, les affusions froides, la camisole de force, la réclusion, contribuent à subjuguer les monomaniaques les plus obstinés et les moins traitables.

Mais lorsque le délire partiel est le résultat d'un de ces chagrins, de ces déceptions, de ces blessures de cœur, en un mot d'une de ces souffrances morales si communes dans la vie, les règles de conduite sont toutes différentes. Comment console-t-on un parent, un ami? en compatissant à leurs peines, en partageant leurs douleurs, en les écoutant, en leur témoignant beaucoup de sympathies; c'est dans ces cas, et surtout lorsque la monomanie est oppressive, que l'influence de la vie de famille nous paraît avoir les plus heureux résultats. Ce contact de tous les instants les entame, les mine sourdement. Ils ont beau vivre de leur vie intérieure ; les conversations variées, nouvelles, la présence des visiteurs, les conseils affectueux, les réprimandes, les plaisanteries mêmes des personnes qui les surveillent, produisent des diversions forcées. On a prétendu que le médecin devait se tenir à distance de ses malades, parce qu'il avait alors plus de pouvoir sur eux, et qu'il leur en imposait davantage. Vu de trop près, il ne tarde pas, dit-on, à être percé à jour, il n'a plus de secret pour ses malades, et son prestige est complétement perdu. Voici notre réponse à ces objections : des paroles douces, affectueuses, une vie d'intérieur, des rapports de tous les instants, ne peuvent que faire le plus grand bien à ceux que la souffrance morale a brisés. La confiance qu'on leur montre, en n'ayant rien de caché pour eux, l'espèce de contrainte qu'ils sont obligés de s'imposer, ne contribuent pas moins à améliorer leur sort. Ce qu'il y a de certain, c'est que les plaintes, les gémissements, les paroles entrecoupées, les monologues cessent bientôt avec ce genre de vie.

Cette conduite ne peut s'appliquer, sans doute, à tous les malades ; elle ne saurait convenir à ceux qui se choquent de tout, à ceux qui ont des hallucinations, aux fous méchants, malicieux, calomniateurs, aux maniaques, aux déments, et bien moins encore aux aliénés paralytiques. Elle convient surtout aux monomanes tristes, aux maniaques en convalescence, aux hypochondriaques; sans avoir les beaux et rapides résultats des bains prolongés et des irrigations continues dans la manie aiguë, elle a procuré des guérisons remarquables. Pour conduire ce traitement à bien, il n'est pas besoin de talents supérieurs ; une directrice bonne, intelligente, pénétrée de sentiments religieux, offre les meilleures garanties ; c'est une justice que nous nous plaisons à rendre à la femme ; son intervention est souvent beaucoup plus utile que celle du médecin.

On a aussi traité avec succès les monomanes, lorsque la période aiguë était passée, en les faisant voyager, en leur créant des distractions, en les faisant travailler. Une sage distribution du temps est un moyen fort efficace. Les annales de la science renferment un assez grand nombre

de guérisons obtenues par une forte secousse morale ou physique ; c'est dans ces cas principalement que le médecin doit être doué de qualités supérieures. Quant aux secousses physiques, elles ne peuvent que difficilement fournir des préceptes. L'emploi des passions peut rendre ici les plus grands services.

Il y a près de vingt ans, dit M. Brierre, nous accompagnions dans les pays étrangers un mélancolique convalescent, qui était resté avec l'idée raisonnée de suicide ; rien n'avait pu triompher de cette pensée, lorsqu'il fit la rencontre d'une femme aussi remarquable par sa beauté que par son esprit. En peu de temps la mélancolie disparut, et depuis cette époque sa santé a toujours été excellente.

La plupart des moyens thérapeutiques employés contre la manie, conviennent également dans le délire partiel. En général, l'on préfère, dans la monomanie, l'emploi des saignées locales à l'emploi des saignées générales. Cependant nous avons guéri une dame atteinte de lypémanie au temps critique, en lui faisant une saignée de pied ; le délire cessa du jour au lendemain. Certains malades sont soulagés, après quelques applications de sangsues faites au siége, à l'entrée des narines, à l'épigastre, aux malléoles ou aux aines chez les femmes. Les ventouses scarifiées, les ventouses sèches, appliquées à la nuque pendant plusieurs jours consécutifs, sont surtout favorables dans la lypémanie extatique, dans la lypémanie poussée jusqu'à la stupidité ; les affusions froides doivent aussi se présenter dans ce dernier cas. Lorsqu'il y a constipation, dégoût, état saburral, on doit administrer le calomel seul ou uni au tartre stibié, l'eau de Sedlitz, la limonade purgative.

Les bains alcalins et les bains sulfureux combinés avec les bains tièdes, simples ou mucilagineux, sont favorables, lorsque la peau est froide, sèche, écailleuse, comme chez les mélancoliques, les démonomaniaques. Les bains de siége, les bains prolongés, et les lavements préparés avec des décoctions de graines, ou de racines de plantes émollientes, sont surtout indiqués dans la monomanie érotique, dans la monomanie contemplative, dans les cas où il a été noté quelques symptômes d'excitation vers les organes digestifs ou génito-urinaires. (Calmeil.)

Comme tous les praticiens, nous avons surtout reconnu, dans la démonomanie, dans la monomanie ancienne, que l'usage des moxas et des autres exutoires a été suivi des succès les plus marqués ; la suppuration doit être longtemps entretenue, le pansement maintenu avec de simples bandelettes agglutinatives, des bandes de linge ayant trop souvent servi à l'accomplissement d'un suicide. Les Anglais et les Américains paraissent s'être bien trouvés des préparations opiacées.

Nous venons de retracer les principaux traits de la monomanie, nous allons maintenant passer rapidement en revue les principales espèces de monomanie.

ARTICLE VIII.

Monomanie orgueilleuse.

Le sentiment de la personnalité, l'exagération du moi, est le caractère distinctif de notre espèce. Nul ne se reconnaît inférieur à ses semblables, il y a toujours un côté par lequel on l'emporte sur les autres. Le point sur lequel on est le plus intraitable est l'esprit ; on ne peut se figurer à quel degré d'infatuation cette bonne opinion de soi-même est portée chez une foule d'hommes. L'histoire juive nous a laissé dans Nabuchodonosor le type du fou orgueilleux : aujourd'hui que Dieu a été relégué parmi les vieilleries, les Nabuchodonosor courent les rues, et les Dieux nous coudoient. Nous ne craignons pas d'être taxé d'exagération en disant que la folie du siècle est l'orgueil. Tous veulent être quelque chose, arriver aux emplois, avoir de la fortune, des jouissances, faire parler d'eux ; eh bien, je le demande, de cette mêlée innombrable où tous ont pu se précipiter et combattre, montrer ce qu'ils étaient, est-il sorti un seul homme que le pays ait salué de ses applaudissements, auquel il eût voulu confier ses destinées ? La réponse est dans toutes les bouches, et cependant, à les entendre, ils ont la science par excellence ; leurs élucubrations doivent changer la face du monde, et lorsqu'ils arrivent aux affaires, leur passage est marqué par des monceaux de ruines.

La statistique aura beau s'ingénier à

faire ses additions, ses soustractions, à établir ses rapports, à prétendre que le nombre des fous n'a point sensiblement augmenté, elle n'empêchera pas le bon sens public de reconnaître qu'à aucune époque de notre histoire, on n'a vu plus d'hommes se donner pour des sauveurs, des capacités, des talents de premier ordre, et n'offrir, en résumé, que des médiocrités désespérantes.

Nous pourrions citer un grand nombre d'exemples, pris seulement parmi les réformateurs des peuples; ils montreraient dans quels égarements peut jeter l'orgueil, cette adoration perpétuelle de soi. Nous nous bornerons à retracer, en quelques mots, une de ces variétés, malheureusement trop commune de notre temps, et qui a été la perte d'un grand nombre d'intelligences qui auraient pu servir utilement leur pays. Tous les jeunes gens chez qui l'étude a éveillé l'ambition, dès qu'ils ne se trouvent pas à leur place, s'attribuent le droit de ne rien faire pour conquérir le rang qu'ils croient mériter, et l'inaction, fille de l'orgueil, les condamne au néant. Livrés à des passions éphémères, ou plutôt à des caprices qui ne laissent dans la mémoire aucune trace profonde, ils voient s'énerver de jour en jour les facultés qu'ils avaient reçues de la nature. L'ennui les dévore, et l'orgueil leur ferme toutes les carrières en leur montrant partout un but indigne de leur ambition. A vingt ans, ils croient sérieusement avoir épuisé toutes les émotions de la vie. Les passions ne les attirent plus, car elles n'ont plus rien à leur apprendre, ils croient en connaître tous les secrets. Au lieu de s'avouer franchement le néant des plaisirs tumultueux qu'ils ont pris pour le bonheur, ils se drapent dans leur tristesse et disent adieu aux affections humaines, comme s'ils avaient perdu sans retour, comme s'ils ne devaient jamais retrouver les facultés d'aimer. Au lieu de chercher dans l'accomplissement du devoir le renouvellement de leurs forces usées par l'oisiveté, ils accusent les hommes d'injustice, d'aveuglement, ils se disent méconnus et se croisent les bras; au lieu de montrer ce qu'ils peuvent, ce qu'ils savent, pour dessiller les yeux de leurs juges, ils s'enferment follement dans la solitude et l'inaction; faut-il s'étonner que tant d'entre eux finissent par la folie et le suicide?

« Les fous orgueilleux sont excessivement communs; beaucoup restent dans le monde lorsque leur idée fixe est innocente, ne fait de mal à personne : tels sont les faiseurs de projets absurdes, dont les élucubrations vont s'enfouir dans les catacombes des ministères, les inventeurs du mouvement perpétuel, de la quadrature du cercle, les individus qui ont toujours un système prêt, ceux qui s'imaginent qu'avant eux la science n'était qu'un amas d'erreurs, qu'elle date de leur entrée dans le monde, les grands hommes incompris, les orateurs déclassés, etc. Les établissements spéciaux renferment toujours un bon nombre de personnages qui se croient Dieu, le Saint-Esprit, Jésus-Christ, la sainte Vierge, le démon. Les rois, les reines, les hauts fonctionnaires s'y observent également. Il y a eu longtemps à Bicêtre un fou fort connu, qui se prétendait Louis XVII; il marchait avec gravité, parlait peu, et s'était créé une petite cour.

» Ces monomanes se drapent dans leurs vêtements, se fabriquent des épaulettes, des couronnes, des décorations, et ils se couvrent de ces indices de leurs dignités. Ils prennent le costume, les manières des personnages historiques qu'ils se persuadent être; ils racontent comme leurs propres actions celles qui ont illustré ces mêmes personnages. Nous avons vu un aliéné qui croyait être l'empereur Napoléon, et qui racontait à tous ceux qui l'approchaient la bataille de Marengo, celle de ses victoires dont il était le plus glorieux. Un autre était Duguay-Trouin, et ne parlait que de batailles navales. Celui-ci, dans son ridicule orgueil, croit posséder la science de Newton, l'éloquence de Bossuet, et exige qu'on applaudisse aux productions de son génie, qu'il débite avec une prétention et une assurance comiques. Celui-là est un roi puissant qui veut qu'on ne le rase qu'à genoux. » (*Compendium*, article Folie, p. 146.)

En général, les monomanes orgueilleux ont une démarche caractéristique; ils parlent la tête haute, ils ont le regard fier, protecteur; ils ne parlent à personne, sourient de pitié quand on leur adresse la parole, s'emportent si on s'opiniâtre à leur

parler, vont à pas comptés, ou restent immobiles dans une attitude de fierté. Souvent, dit M. Calmeil, les sujets atteints de monomanie vaniteuse s'éloignent de leur famille, de leurs amis, de leurs proches, dont les conditions de fortune leur paraissent blessantes pour leurs prétentions. (*Dictionn. de méd.*, article MONOMANIE, t. XX, p. 139.) Lorsque cet état est chronique, le parti le plus sage est d'avoir quelque condescendance pour leur folie.

M. Leuret a tracé dans un bon chapitre de ses *Fragments philosophiques sur la folie*, les caractères de ces monomanes orgueilleux qui se croient appelés à changer le sort des nations, à fonder de nouvelles religions, à rendre les hommes heureux; leurs journées se passent à écrire leurs projets de réforme. Nous avons en ce moment, dans notre établissement, dit M. Brierre, un homme qui veut faire disparaître le péché de la terre: il rédige toute la journée des mémoires qu'il communique à une dame qui vient le voir; lorsque ces travaux auront vu le jour, il se fera un changement universel dans le monde. Un de ces faiseurs de projets avait imaginé une boulangerie qui devait être bâtie aux Champs-Élysées. A l'aide d'une construction gigantesque on devait fabriquer mille pains à la minute; la livre serait donnée pour un sou au peuple, et on lui élèverait une statue d'or comme au bienfaiteur de l'humanité.

Un certain nombre de ces fous s'imaginent qu'ils sont les propriétaires des établissements dans lesquels ils sont renfermés, et pour ne pas trop les contrarier on est obligé de dire un peu comme eux.

C'est surtout dans la paralysie générale des aliénés qu'on observe toutes les nuances de l'orgueil, de la vanité, de l'amour-propre. La manie des richesses et des grandeurs y est très prononcée, aussi Bayle a-t-il eu raison de dire qu'elle en forme le caractère distinctif. On n'entend, parmi ces pauvres insensés débiles et sans force, parler que de millions, de bijoux, d'empires, de royaumes. C'est pour eux surtout que le Pactole roule des flots d'or. Si la manie des richesses en épargne quelques uns, en revanche on s'aperçoit qu'ils se croient grands, forts, vigoureux, beaux, en un mot doués de toutes les qualités physiques et morales.

La folie de l'orgueil est une de celles contre lesquelles viennent souvent se briser tous les efforts du médecin, surtout lorsqu'elle n'est que l'exagération du caractère habituel. Par quels raisonnements, en effet, par quels moyens nouveaux triompher de l'idée de celui qui se croit mille fois supérieur au médecin qui lui donne des conseils? L'intimidation au début peut rendre de grands services, car elle oblige le fou à rentrer en lui-même et à reconnaître qu'il y a un pouvoir supérieur au sien. L'emploi des moyens moraux a été plus d'une fois utile; on a cité l'observation de ces deux aliénés qui se prétendaient Dieu. On fit observer à l'un d'eux que si la chose était vraie, il y en avait un qui se trompait; cette réflexion le frappant, il se met à réfléchir, et au bout de quelque temps il reconnaît son erreur. Nous avons raconté ailleurs le fait de ce capitaine de dragons qui se croyait Napoléon; il était dans une fureur perpétuelle. Les domestiques ne l'approchaient jamais sans qu'il les injuriât ou cherchât à les frapper. Un jour qu'il était plus furieux que d'habitude, M. Charles Leblond, monta dans sa chambre. A peine le capitaine l'aperçut-il qu'il s'écria: N'est-ce pas une indignité de traiter ainsi l'empereur Napoléon? ces affreux valets ont osé me lier, je vais les faire fusiller. M. Leblond eut l'heureuse idée de lui dire: Oui, vous êtes l'empereur Napoléon, mais Napoléon à Sainte-Hélène. A peine ce mot eut-il été prononcé, que le fou furieux se tut, répétant à différentes reprises: Sainte-Hélène, Sainte-Hélène. Ce malheureux, qui n'avait pas décoléré depuis six mois, demanda lui-même qu'on le détachât, promettant de ne plus se livrer à aucune violence. A partir de ce moment, il resta fort tranquille, et pendant les quelques mois qu'il passa encore dans la maison, on ne fut obligé de recourir à aucune mesure coercitive.

Les nuances de la vanité sont nombreuses: ainsi l'homme au lieu de se croire supérieur par les talents, la fortune, la naissance, s'imagine être doué de tous les avantages extérieurs. C'est la monomanie que les auteurs du *Compendium* ont appelée *monomanie narcisse*. Ce délire partiel est caractérisé par la prédominance des senti-

ments vaniteux, de l'amour de soi et principalement des idées de coquetterie. Cette monomanie, plus fréquente chez les femmes, se rencontre également chez les hommes. On voit des individus d'un âge avancé, des vieillards, se teindre les cheveux, la barbe, les sourcils, porter des postiches de toutes sortes, se couvrir le visage de rouge et de blanc, se teindre les mains et les ongles, avoir une toilette ridicule. Presque toujours ces nouveaux Narcisses ont de grandes prétentions sur le beau sexe, ils veulent être aimés pour eux-mêmes, inspirer de grandes passions; ils s'imaginent que toutes les femmes sont éprises d'eux; il n'accordent leurs faveurs que très difficilement, à de très jeunes filles seulement. L'antiquité nous a laissé une très belle description de ce genre de folie qui, sans être commun, s'observe cependant dans les établissements spéciaux.

ARTICLE IX.

Lypémanie.

Cette variété de la monomanie est d'une fréquence extrême, surtout à Paris. Elle est caractérisée par une tristesse et une crainte exagérées. Les anciens, qui lui avaient donné le nom de *mélancolie*, furent forcés d'y réunir des délires partiels, compliqués ou entretenus par des passions vives et gaies. Esquirol, dans un excellent article consacré à cette maladie, l'a appelée ainsi de deux mots grecs : λυπεω, je porte la tristesse; μανια, manie. C'est la *luperophrénie* de M. Guislain, le *sadness* des Anglais, le *trübsinn*, *tïefsinn* des Allemands. Rush la nomme *tristimanie.*

Suivant le célèbre médecin belge, la mélancolie se remarque au début de presque toutes les aliénations mentales; elle constitue, comme lésion de la sensibilité, le caractère fondamental de ces affections. Si cette observation était aussi certaine que le croit M. Guislain, on concevrait la classification des anciens.

Les causes de la mélancolie sont celles de la monomanie; il en est quelques unes cependant qui méritent une attention spéciale, telles sont les passions tristes. Sur 482 cas cités par Esquirol, les causes se trouvent réparties de la manière suivante :

Causes morales.	
Chagrins domestiques	60
Revers de fortune; misère	48
Amour contrarié	42
Jalousie	8
Frayeur	19
Amour-propre blessé	12
Colère	18
	207

Causes physiques.	
Hérédité	110
Suppression des règles	25
Temps critique	40
Suite de couches	35
Chutes sur la tête	10
Masturbation	6
Libertinage	30
Abus du vin	19
	275

Quant à la prédominance des causes physiques sur les causes morales, il n'est personne qui ne remarque qu'Esquirol range parmi les causes physiques des passions complexes et qui appartiennent à un autre ordre. Très souvent même, les influences physiques seraient restées stationnaires sans l'adjonction d'une cause morale.

Les climats et les saisons ont une action particulière sur la production de la mélancolie. Les pays de montagnes sont favorables à la nostalgie, tandis qu'elle est peu commune chez les habitants des plaines avancés dans la civilisation. Tout le monde connaît les effets du scirocco sur les Italiens, du solano sur les Espagnols, du kamsin sur les Égyptiens. Dans les contrées où l'atmosphère est chaude et sèche, oomme en Grèce et en Égypte, de nombreux mélancoliques ont été observés; mais il faut tenir compte aussi des constitutions politiques et religieuses de ces peuples. Les anciens regardaient l'automne comme la saison qui produit le plus de mélancoliques. Esquirol, au contraire, attribue une influence plus marquée au printemps et à l'été.

La mélancolie éclate plus particulièrement dans la jeunesse et l'âge viril ; elle est fréquente de vingt-cinq à trente-cinq ans, et ne se montre presque plus au-delà de l'âge de cinquante-cinq ans. Dans l'enfance, elle est quelquefois occasionnée par la jalousie. Chez le jeune homme, elle est souvent caractérisée par l'érotomanie. La mélancolie religieuse s'observe également à cette époque. Dans l'âge adulte, les soins de la famille, l'intérêt personnel, l'ambition, prédisposent fortement l'homme à la mélancolie. C'est aussi vers la fin de cette époque que les orages du temps critique, l'abandon du monde et de ses plaisirs, exposent les femmes à la mélancolie. Quoique rare chez le vieillard, nous n'oublierons jamais qu'au début de notre carrière, un homme de quatre-vingts ans passés mourut sous nos yeux, en proie à un chagrin profond qui lui avait inspiré un éloignement invincible pour ses proches.

Le sexe féminin, malgré l'opinion d'Arétée, de Cœlius Aurelianus et des anciens, ne nous paraît pas moins disposé à la mélancolie que les hommes. Les fonctions de l'utérus sont d'ailleurs une grande cause de perturbation mentale.

Les individus à tempérament bilieux, nerveux, sont disposés à la mélancolie. Rêveurs, taciturnes, les hommes de ce tempérament fuient la société, recherchent la solitude ; ils sont très propres à la culture des arts et des sciences, capables de profondes méditations, n'ont d'attrait que pour un objet déterminé ; c'est ce qui a fait dire à Aristote que les hommes de génie, les grands législateurs sont ordinairement mélancoliques. Mahomet, Luther, Le Tasse, Caton, Pascal, Chatterton, J.-J. Rousseau, Gilbert, Alfieri, Zimmermann, etc., confirment l'opinion d'Aristote, qu'il a justifiée par son propre exemple. Ce tempérament est aussi celui de quelques grands scélérats et de grands coupables. Les constitutions et les tempéraments acquis, dans lesquels prédomine le système hépatique et hémorrhoïdaire, prédisposent aussi à la lypémanie.

La vie oisive, les excès d'études, surtout s'ils sont joints à des écarts de régime, un goût trop décidé pour la solitude, certaines professions, prédisposent à la mélancolie. On a remarqué que les musiciens, les poëtes, les négociants, les acteurs, et surtout parmi ceux-ci les comiques, y étaient plus exposés.

Causes physiques. — Le jeûne prolongé, la faim, les aliments de digestion difficile peuvent favoriser la mélancolie. L'abus de l'opium, du hachisch, des boissons chaudes, celui des liqueurs alcooliques, des substances anesthénisantes, causent souvent la mélancolie. Peut-être faut-il attribuer à l'abus des boissons chaudes et à l'alcool, le grand nombre de suicides qu'on observe en Angleterre.

L'onanisme, la continence après le mariage, la suppression d'une évacuation habituelle, rendent mélancolique. La rétrocession ou la cessation brusque d'une affection maladive quelconque peut causer la mélancolie à ceux qui sont prédisposés à cette maladie. On a vu la mélancolie succéder à l'hydropisie. On la voit souvent remplacer la phthisie pulmonaire, l'hystérie, l'hypochondrie, l'épilepsie, la manie et la monomanie gaie.

Les maladies du cœur et des viscères abdominaux ont une influence sur la mélancolie.

La mélancolie peut s'observer sans délire, ou du moins sans ces idées fausses qu'on y observe fréquemment. Les individus qui en sont affectés présentent un état de tristesse, d'abattement avec ou sans écoulement de larmes, sans aberration notable de l'imagination, du jugement ni de l'intelligence. Ces malades ont connaissance de ce qui se passe autour d'eux ; ils apprécient plus ou moins leur position ; reconnaissent leurs amis, leurs ennemis ; mais une crainte, une peur, un désespoir les dominent : ils sont absorbés dans ce sentiment douloureux ; abattus, couchés dans leur lit, assis les mains jointes, ou se traînant à peine, ils offrent l'image de la souffrance et du désespoir. Ils ne répondent que par monosyllabes, cherchent la solitude. La figure est pâle, les traits sont altérés, il y a de la pesanteur à la tête ; le sommeil est le plus souvent incomplet ; il y a constriction à la poitrine, le pouls est ordinairement lent, l'appétit se perd.

M. Guislain dit qu'une intermittence complète ne s'observe qu'au début de

la maladie. Nous avons donné pendant près de vingt ans des soins à une jeune dame chez laquelle cette forme resta intermittente jusqu'à la fin de sa vie, et malgré le rapprochement et la durée des accès, l'intelligence ne présenta aucun symptôme de délire, au milieu de cette tristesse qui faisait le tourment de toute sa famille.

Il existe un degré de la mélancolie dans lequel les malades sont d'une susceptibilité et d'une mobilité extrêmes. Tout fait sur eux une impression très vive. La plus légère cause produit les plus grands effets. Les choses les plus simples, les plus ordinaires leur paraissent des phénomènes nouveaux et singuliers, préparés exprès pour les tourmenter et pour leur nuire. Le froid, le chaud, la pluie, le vent les font frissonner de douleur et d'effroi; le bruit les saisit et les fait frémir; le silence les trouble et les épouvante. Si quelque chose leur déplaît, ils le repoussent avec obstination; si les aliments ne leur conviennent pas, ils sont dégoûtés jusqu'à éprouver des nausées et à vomir. Ont-ils quelques sujets de crainte, ils sont terrifiés; ont-ils quelques regrets, ils sont au désespoir; éprouvent-ils quelques revers, ils croient tout perdu. Leur raison n'est point égarée, mais tout est forcé, tout est exagéré dans leur manière de sentir, de penser et d'agir. Le corps est impassible à toute impression étrangère à l'objet de leur délire, tandis que l'esprit s'ouvre avec la plus grande activité sur les idées qui s'y rattachent. Ce degré de la mélancolie a quelques points de contact avec la mélancolie simple, mais il en diffère par d'autres qui sont très tranchés.

En parlant des symptômes de la monomanie, nous avions déjà fait connaître quelques uns de ceux qui appartiennent à la lypémanie, nous allons passer en revue ceux qui n'ont point été notés. La crainte, quel qu'en soit le sujet, exerce l'influence la plus générale sur les mélancoliques: l'un, superstitieux, craint la colère du ciel, les vengeances célestes, il est poursuivi par les furies, il se croit au pouvoir du diable, dévoré par les flammes de l'enfer et voué aux supplices éternels; l'autre craint l'injustice du gouvernement, il appréhende de tomber entre les mains des agents de la police, d'être conduit à l'échafaud; il s'accuse d'avoir commis les plus grands crimes, dont il cherche à se justifier, et par un contraste propre à la crainte qui le domine, il préfère la mort aux angoisses de l'incertitude; tandis que dans d'autres instants, il supplie d'ajourner l'exécution du supplice auquel rien, selon lui, ne peut le soustraire.

Il en est chez lesquels ce sentiment de la peur est un tourment terrible; tout les effraie, ils frémissent à chaque bruit, leur visage se décompose à chaque instant; ce sont les *panophobes*, de deux mots grecs, παν, tout, et φοβος, crainte.

Celui-ci redoute la méchanceté des hommes, croit que des ennemis secrets, des jaloux, des envieux le menacent dans sa fortune, dans son honneur, dans sa propre vie; le moindre bruit, le moindre mouvement, le moindre signe, lui persuadent qu'il va succomber sous leurs efforts. Si une éducation plus forte et plus éclairée met l'homme à l'abri des terreurs superstitieuses, ou de l'effroi de ses semblables, alors la crainte trouve des éléments dans son instruction et dans son devoir; ces inquiétudes prennent un caractère scientifique. Le mélancolique se croit soumis à l'influence funeste de l'électricité ou du magnétisme; il se persuade qu'avec la chimie on peut l'empoisonner, ou qu'avec quelques instruments de physique on peut lui préparer mille maux, se faire entendre de lui, quoique à de très grandes distances, ou même deviner sa pensée. Les remords qui suivent quelques grands crimes, jettent les coupables dans la mélancolie et caractérisent leur délire.

Le délire prend le caractère de l'affection morale qui préoccupait le malade avant l'explosion de la maladie, ou conserve celui de la cause même qui l'a produit, ce qui a lieu surtout lorsque cette cause agit brusquement et avec une grande énergie. Un négociant éprouve quelques pertes légères; il se croit ruiné, réduit à la plus profonde indigence, et refuse de manger, parce qu'il n'a plus même de quoi payer sa nourriture; on lui présente l'état de ses affaires qui sont très brillantes : il l'examine, le discute, semble convenir de son erreur, mais en définitive il conclut qu'il est ruiné.

Quelquefois les sentiments moraux non

seulement conservent toute leur énergie, mais leur exaltation est portée au plus haut degré, quoique les malades s'en défendent et quoiqu'ils soient plongés dans la plus profonde tristesse.

La lenteur, la monotonie des mouvements et des actions du mélancolique, l'accablement dans lequel il est plongé, en imposeraient, si on jugeait que son esprit est inactif comme son corps. Mais l'esprit, suivant M. Esquirol, est dans un état tétanique : n'ayant l'imagination lésée que sur un point, il semble que les mélancoliques emploient toute leur intelligence pour se fortifier dans leur délire ; il est impossible d'imaginer toute la force, toute la subtilité de leur raisonnement, pour justifier leur manière de voir ; rarement parvient-on à les convaincre, jamais on ne les persuade. Quelquefois, au contraire, l'esprit des mélancoliques est dans un état cataleptique ; ils saisissent avec force et conservent avec plus ou moins de ténacité les idées qu'on leur imprime. Un mélancolique se croit déshonoré : après avoir inutilement recherché à le rassurer, on lui donne des consolations prises dans la religion, et bientôt il se persuade qu'il est damné.

Quelques mélancoliques ont le sentiment de leur état, et il y a très certainement une mélancolie sans délire ; ceux qui sont tourmentés de cette maladie s'aperçoivent bien qu'ils déraisonnent ; ils en conviennent souvent avec chagrin et même avec désespoir, ils sont sans cesse ramenés par la passion qui les domine aux mêmes idées, et il leur est impossible de faire autrement ; plusieurs assurent qu'une puissance insurmontable s'est emparée de leur raison, et qu'ils n'ont plus la force de la diriger.

Le caractère, les habitudes du mélancolique changent comme il arrive toujours dans le délire, parce qu'il change les rapports naturels ; celui qui était avare devient prodigue ; le guerrier est timide et même pusillanime ; les libertins s'accusent avec douleur et repentir, craignant la vengeance du ciel. Tous sont défiants, soupçonneux, en garde contre tout ce qu'on dit, contre tout ce qu'on fait devant eux ; ils parlent bas, souvent ils gardent le silence le plus obstiné ; il en est un petit nombre qui sont bavards.

La volonté de la plupart des lypémaniaques est inflexible ; rien ne peut les vaincre, ni le raisonnement, ni les sollicitations de la plus vive tendresse, ni les menaces. Quelques autres n'ont plus de volonté ; s'ils veulent, ils sont impuissants pour exécuter. Un magistrat disait un jour à Esquirol : Je n'ai de volonté que pour ne pas vouloir, je sais ce que je dois faire, mais la force m'abandonne lorsque je devrais agir.

Beaucoup de mélancoliques passent leurs jours dans l'inaction, assis, les mains croisées, debout ; marchent avec lenteur ou avec précipitation. Il en est qui déchirent leurs mains, l'extrémité des doigts et détruisent leurs ongles. L'insomnie est presque continuelle. Les sécrétions ne se font plus ; l'urine est quelquefois claire, aqueuse, quelquefois épaisse, rare.

Quelques mélancoliques repoussent opiniâtrément toute nourriture. On en a vu soutenir l'abstinence treize, vingt jours et au-delà. Depuis longtemps nous avons arrêté la manifestation de ce symptôme par les moyens que nous employons.

Le pouls est ordinairement lent, faible, concentré, quelquefois très dur ; la peau est aride, sèche, quelquefois brûlante, la transpiration nulle, tandis que les extrémités sont baignées par une sueur froide.

Les hallucinations auxquelles les lypémaniaques sont en proie, les tiennent éveillés ou les réveillent en sursaut.

La lypémanie est continue, rémittente ou intermittente. Celle qui est rémittente est beaucoup plus fréquente, et il est très peu de lypémaniaques dont le délire ne s'exaspère pas tous les deux jours. Plusieurs éprouvent une rémission très marquée le soir et après le dîner, tandis que d'autres sont exaspérés au réveil et au commencement de la journée.

La lypémanie continue a une marche ordinairement très lente ; et outre le délire exclusif, on a observé une multitude de symptômes dont l'exaspération coïncide avec celle du désordre intellectuel ou la provoque. C'est ordinairement au printemps qu'elle se termine par la santé. Esquirol pense qu'il y a toujours alors une crise. La mélancolie peut se terminer par le délire maniaque ; cette terminaison est rare, il faut être prévenu que le passage d'une lypémanie tranquille à la fureur peut

être suivi d'accidents funestes et être le prélude d'une mort prompte, soit naturelle, soit provoquée.

La lypémanie passe quelquefois à la manie ; c'est sans doute cette transformation qui a fait confondre la mélancolie avec la manie. Elle dégénère assez souvent en démence.

La mélancolie se termine par la mort. Lorry et Mead disent que sa terminaison la plus ordinaire est la phthisie pulmonaire. Les affections abdominales mettent aussi fin à l'existence des mélancoliques. Esquirol a donné un tableau des maladies auxquelles avaient succombé 176 lypémaniaques, les voici dans leur ordre de fréquence :

Phthisie pulmonaire, pleurésie chronique	62
Phlegmasies chroniques de l'abdomen	32
Scorbut	26
Marasme, fièvre lente	24
Maladies du cœur	16
Fièvre adynamique	10
Apoplexie	6
	176

L'anatomie pathologique n'a rien appris sur les lésions propres à la lypémanie. Quant au déplacement du colon transverse, c'est un effet plutôt qu'une cause. Si le cerveau et les membranes offrent, dit-on, des traces d'altération plus nombreuses que dans l'état sain et les autres affections cérébrales, on peut encore dans ce cas faire toutes les objections qui ont été énoncées dans l'article sur l'*Anatomie pathologique de la folie.*

Au début, la lypémanie peut guérir rapidement par l'isolement, un traitement approprié. Il n'est pas d'année où nous n'obtenions un assez bon nombre de ces guérisons ; mais c'est presque toujours lorsque l'affection a jeté de profondes racines que l'on nous amène les malades. Les exercices, le travail conviennent surtout dans cette forme. Moins on laissera de repos au corps et à l'esprit, mieux les malades se trouveront. Consoler nous paraît bien préférable à attaquer de front les idées. C'est dans ce cas que convient surtout le traitement de la vie de famille. On peut consulter sur ce sujet l'important ouvrage d'Esquirol (*Des maladies mentales*, Paris, 1838, t. I, p. 465) et ce que nous avons dit à l'article *Monomanie.*

Par opposition, la *monomanie* peut être *joyeuse*, *gaie*, *monomanie proprement dite* (Esquirol) et *ménomanie* de Rush. L'idée dominante du délire est gaie, excitante ; les malades s'imaginent être riches, puissants, heureux ; ils parlent et rient sans cesse. On peut affirmer sans exagération, dit M. Calmeil, qu'ils sont ivres de joie, de contentement, de bonheur, et que la vie s'écoule pour eux dans une sorte de béatitude et d'enchantement que rien ne peut troubler. Quelquefois cependant l'aménomaniaque a des idées mélancoliques, inspirées par le sujet même de la folie ; mais elles ne durent jamais longtemps.

ARTICLE X.

Misanthropie.

La misanthropie est un défaut dans le caractère, un travers dans le jugement, elle n'est pas une maladie, mais seulement une disposition mentale à un état maladif ; d'autres fois une cause, un effet, un symptôme d'une aliénation mentale. La misanthropie acquiert-elle un accroissement remarquable, elle constitue alors une sorte de monomanie.

Causes. — Elle prend ordinairement sa source dans les ennuis, les contrariétés, les chagrins, les peines. Dans d'autres cas, elle est innée, quelquefois même héréditaire.

Elle ne provient pas de ces événements désastreux qui affligent si amèrement l'homme sensible : une guerre civile, l'invasion du sol de la patrie, la perte de nos parents, d'un enfant chéri. Les sources les plus fécondes dérivent des rapports sociaux.

Plus fréquente dans les villes que dans les campagnes, dans les pays civilisés que dans les contrées sauvages, la misanthropie est la fille de l'égoïsme ou de la jalousie, tantôt d'un amour-propre aussi exagéré que ridicule, quelquefois aussi de la satiété.

Le misanthrope dit ouvertement ce qu'il pense ; sa physionomie exprime le sentiment qui l'anime : son regard est dur et farouche, ses sourcils se froncent, et sur

ses lèvres on découvre l'expression du mépris et de l'indignation. Dans ses discours percent une sévérité sauvage, une âpreté grossière, une injustice repoussante; la critique le blesse, les éloges et les témoignages affectueux l'irritent.

La morosité est un penchant à la tristesse.

Les individus doués d'un bon jugement sont rarement misanthropes.

Les misanthropes, comme tous les individus avec prédominance des organes biliaires et du système sanguin, sont très enclins à la colère, à la haine, à la vengeance, aux actions les plus violentes.

Tout le traitement doit consister dans l'emploi des moyens moraux.

Un des exemples les plus curieux de monomanie misanthropique que nous ayons observés, est celui d'un général fort connu, qui, à la suite de persécutions politiques, prit l'humanité en horreur : lorsqu'une personne se présentait devant lui, il la chassait, et, si elle avait persisté à vouloir rester, il l'aurait tuée. On fut obligé de l'enfermer dans un établissement spécial. Un jour que son fils venait lui apprendre sa nomination à un grade élevé, il saisit un vase de plomb et le lui lança à la tête. La démence fut la terminaison de cette misantropie qui dura plusieurs années.

ARTICLE XI.

Monomanie nostalgique.

L'éloignement du pays est pour beaucoup d'hommes la cause d'une mélancolie qui dégénère en aliénation mentale. Ce symptôme s'observe surtout chez les jeunes soldats, les marins. On a remarqué que plus les lieux sont âpres, sauvages et disgraciés de la nature, plus leur image tourmente la pensée de celui qui s'en trouve éloigné; les Lapons et les Groënlandais en sont fortement attaqués.

La calenture qu'on observe chez les marins qui traversent la ligne et qui leur fait voir des villes, des paysages, leurs montagnes, leurs campagnes, leurs chaumières, paraît n'être qu'une variété de la nostalgie.

Les individus qui sont atteints de cette maladie concentrent toutes leurs forces sur un seul ordre d'idées, sur une seule pensée; ils sont tristes, rien ne les distrait, leur préoccupation est continuelle, ils écoutent sans entendre, voient sans voir, recherchent la solitude. En même temps, l'épigastre devient le siége d'impressions incommodes, de resserrement spasmodique, l'appétit est nul, le pouls s'accélère, puis le cœur ne bat plus régulièrement, il palpite au moindre mouvement; les sécrétions sont troublées, le sommeil fuit. La pâleur remplace le coloris de la santé, les yeux sont mornes et toujours prêts à verser des larmes, à la tristesse succède une mélancolie sombre dont on a la plus grande peine à tirer le malade. Dans le plus fort de son délire, il voit les êtres qu'il aime, les lieux qu'il habitait; sa figure exprime par moment une sorte d'extase; il murmure des noms chers à son cœur et les prononce encore au moment où il exhale le dernier soupir. D'autres gardent un silence obstiné et ne livrent leur secret que dans l'égarement de leur raison.

On a vu des soldats mourir le jour même où on leur avait refusé leur congé, mais ces cas sont les plus rares, et ordinairement une fièvre, qui est d'abord aiguë, mais qui ne tarde pas à perdre ce caractère et à dégénérer en hectique de douleur, s'empare du malade. Le marasme va croissant, et met enfin un terme à des maux d'autant plus cruels que le nostalgique les a souvent dissimulés par fausse honte.

On a souvent trouvé, à l'ouverture des cadavres, des traces de phlegmasie dans la poitrine et les intestins. Larrey a signalé une exsudation puriforme à la surface des méninges.

Cet état, tout désespéré qu'il paraît, peut se dissiper comme par enchantement, si le médecin se hâte de mettre le nostalgique en route, ou au moins lui donne l'assurance que sous peu de jours rien ne s'opposera plus à son départ, s'il veut prendre un peu de nourriture, ou des médicaments le plus souvent insignifiants.

Le traitement de la nostalgie est plutôt moral que pharmaceutique. Le point important c'est de consoler le malade, de lui promettre le retour au pays, de le lui montrer dans un avenir prochain, lorsque les obstacles sont trop difficiles à surmonter. On a vu des nostalgiques qui mangeaient

à peine depuis huit jours, ne fermaient pas l'œil, se trouver mieux dès qu'ils montaient dans la voiture qui les emportait vers leur pays, et être presque guéris, après avoir franchi quelques milles. Il est probable que la facilité des communications qui va toujours en augmentant le rapprochement des hommes, rendra de plus en plus rare cette maladie.

ARTICLE XII.

Manie hypochondriaque.

La croyance à des maux imaginaires ou l'exagération de maux réels constitue l'hypochondrie. Cette névrose existe chez un grand nombre d'hommes, surtout dans les pays civilisés; mais, reconnue pour ce qu'elle est par la plupart d'entre eux, elle ne constitue une monomanie que lorsque la volonté ne règle plus la conduite.

L'hypochondrie, qu'on peut considérer comme une exagération de l'instinct de conservation (*Biophilie*. Dufour, *Des maladies de l'entendement*), existe avec des désordres fonctionnels ou organiques, ou indépendamment de toute autre affection. Cet état peut être primitif ou consécutif; dans tous les cas, il y a prédisposition cérébrale.

Les individus nerveux sont très disposés à l'hypochondrie; la vivacité de leurs impressions leur fait prendre pour de véritables souffrances ces éclairs de douleur auxquels beaucoup d'autres ne font aucune attention. Lorsque le cerveau est le point de départ de la maladie, ils prétendent que leurs idées se brouillent, qu'ils n'ont plus la force de penser, de vouloir, qu'ils sentent qu'ils deviendront fous. Une jeune dame ne cesse de nous répéter : Faites tous les remèdes possibles, mais je ne guérirai pas. Cette cruelle pensée lui a fait exécuter plusieurs tentatives de suicide. Un publiciste arriva un jour chez nous, conduit par les docteurs Mercier et Goujon; l'expression de sa figure était effrayante. Sauvez-moi, me dit-il en entrant dans mon cabinet, je suis un homme perdu, je ne puis plus avaler, j'ai la rage. Je veux mordre ceux qui m'entourent, et c'est avec peine que je résiste. Je fus assez heureux pour produire une impression morale qui amena quelque rémission dans ces effrayants symptômes; mais la peur de mourir était si grande chez cet homme, surtout quand venait le soir, qu'on aurait eu quelque malheur à déplorer s'il n'avait pas eu un domestique pour le garder. Toutes les parties de son corps étaient alternativement le sujet de ses inquiétudes. Ce malheureux a fini, quelques années après, par se donner la mort. Nous avons plusieurs fois observé cette terminaison chez les monomanes hypochondriaques. Il y a environ quinze ans, nous fûmes appelé à donner des soins à une femme de distinction, à laquelle un chirurgien célèbre avait dit qu'elle avait un engorgement de la matrice. Le diagnostic était erroné, mais ses conséquences furent des plus graves. Assaillie par l'idée fixe de l'engorgement, sa raison, qui avait déjà été une fois chancelante, s'égara; elle prit en horreur tous ceux qui l'entouraient, fit plusieurs tentatives de suicide, et termina ses jours par une abstinence prolongée plusieurs mois, contre laquelle une alimentation forcée ne put lutter qu'imparfaitement.

Plusieurs de ces hypochondriaques sont sujets à des illusions internes : ainsi ils entendent des bruits de toute espèce dans leurs oreilles; ils ont la sensation d'animaux qui leur parcourent les diverses parties du corps. L'un d'eux nous racontait l'année dernière, dans un service de médecine, qu'il était depuis plusieurs années la proie de deux vers, l'un grand, l'autre petit, qui lui remontaient et descendaient alternativement le long de l'œsophage.

On a dit que cette maladie était particulière aux habitants des villes, dont l'intelligence était trop exercée; nous l'avons souvent observée dans les hôpitaux, chez des artisans et des campagnards.

Les causes de l'hypochondrie sont les travaux prolongés de l'esprit, les veilles, les excès de tous genres. On a vu survenir cette maladie après une conversation avec un hypochondriaque. Une des causes les plus favorables à son développement, c'est un changement subit d'une habitude du cerveau. Ainsi le passage brusque d'une vie active à une vie tranquille, de travaux intellectuels au repos de l'esprit, l'habitude brusquement interrompue d'émotions vives, telles que celles que donne la fré-

quentation des théâtres, enfin tous les changements subits de l'exercice du sentiment et de l'intelligence sont causes appréciables de l'hypochondrie. Elle attaque quelquefois les hommes opulents, dont les moindres désirs sont satisfaits aussitôt qu'ils sont conçus. Certains individus deviennent hypochondriaques pour avoir été trop précoces dans la satisfaction de leurs désirs. L'étude de l'homme malade, quand elle n'est pas faite avec un jugement solide et avec des connaissances préliminaires suffisantes, peut conduire à l'hypochondrie. Les différents âges n'y sont pas également sujets. C'est à l'époque moyenne de la vie que l'hypochondrie apparaît avec le plus de fréquence. Les hommes en sont beaucoup plus atteints que les femmes. Les médecins sont très enclins à l'hypochondrie, mais elle a chez eux des caractères spéciaux.

On a distingué trois périodes dans les symptômes : 1° trouble simple dans l'intelligence ; 2° désordre dans l'intelligence influant sur les fonctions ; de là, névrose aussi variée qu'il y a de fonctions ; 3° désordre de l'intelligence, coïncidant non plus avec de simples désordres fonctionnels, mais avec des lésions organiques plus ou moins profondes. Ces dernières peuvent exister dès le début de la maladie.

La conduite des monomanes hypochondriaques est en rapport avec leur idée dominante et surtout avec l'affection dont ils se croient atteints. Se mettent-ils dans l'esprit qu'ils sont menacés d'une attaque d'apoplexie, ils évitent avec le plus grand soin les moindres circonstances qui pourraient y donner lieu; tout travail de tête leur devient insupportable ; ils ne veulent pas même lire. D'autres, sous l'influence imaginaire d'une maladie du larynx, se bornent à faire des signes. Quelques uns croient à une lésion des organes du mouvement, ne veulent plus quitter le lit, et préfèrent croupir dans une horrible saleté plutôt que de changer de linge. Ceux-ci nient la lumière ; ceux-là refusent toute nourriture à cause de leur maladie présumée de l'estomac. Il en est qui passent des journées entières auprès d'un miroir pour examiner leurs traits, leur teint, etc., d'autres se tatent le pouls à chaque instant; ce symptôme est commun chez les médecins. La mort est pour eux un sujet continuel d'épouvante. Beaucoup ne peuvent rester seuls sans être pris de convulsions.

Cette maladie est ordinairement chronique, quelquefois aiguë; sa marche n'est pas continue et offre des exacerbations. Le diagnostic varie suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas lésion d'organes.

Le traitement de la monomanie hypochondriaque exige beaucoup de souplesse dans l'esprit jointe à une grande fermeté. Le point capital est de gagner la confiance du malade et de la conserver. Nous avons plusieurs fois réussi en nous imposant au malade, en subjuguant son imagination, en lui promettant une guérison que nous disions être le seul à pouvoir lui donner. Quand nous n'étions pas assez heureux pour guérir, nous leur affirmions que tant qu'ils viendraient nous consulter, il ne leur arriverait aucun malheur, et plusieurs ont pu vaquer ainsi des années à leurs occupations habituelles.

On doit leur conseiller tous les exercices qui occupent l'esprit en même temps que le corps, les différents jeux gymnastiques, les voyages dans les pays qu'ils n'ont pas encore visités. Quant aux moyens pharmaceutiques, ils rentrent dans ceux des monomanies en général.

Chez les hommes d'intelligence et qui appréciaient leur position, nous avons empêché la maladie de faire des progrès, et nous sommes même plusieurs fois parvenu à la rendre très légère, en leur traçant un plan de conduite, facile à suivre sans doute, où la satisfaction des désirs dans les moments du spleen jouait un grand rôle, mais qui nous a paru le seul moyen de faire rétrograder la folie qu'on apercevait dans le lointain. (Consulter les ouvrages de MM. Dubois d'Amiens, Brachet, Michea.)

ARTICLE XIII.

Monomanie suicide.

Le suicide est-il une maladie? Doit-il être considéré, dans tous les cas, comme un acte de folie? Plusieurs médecins recommandables ont résolu cette question par l'affirmative. Beaucoup d'autres ont soutenu l'opinion contraire, qui est aussi celle de l'immense majorité des moralistes. Proclamer le suicide un acte constant de folie, c'est ne tenir aucun compte des croyances religieuses, des doctrines phi-

losophiques, des mœurs, des usages, des idées dominantes de chaque époque. Évidemment les stoïciens avaient sur la mort volontaire des opinions tout autres que les chrétiens. Soutenir qu'en se tuant ils étaient fous, c'est avancer un paradoxe que l'histoire s'est chargée de démentir

Les faits contraires à cette hypothèse surabondent et sont de toute évidence. Annibal, vainqueur à Trébie, à Trasimène, à Cannes, est lui-même vaincu à Zama. Pendant des années, il a suscité des ennemis à la terrible rivale de Carthage. Poursuivi de contrée en contrée, sans armée, sans alliés, chargé d'années, réfugié chez un traître qui va le livrer, l'illustre proscrit n'a qu'une seule perspective, celle de suivre à pied le char du triomphateur et de périr ignoré dans quelque cachot obscur. Son suicide n'est-il pas, dans ce cas, un acte raisonné? Thémistocle, accueilli par le puissant roi des Perses, se voit contraint de payer l'hospitalité qu'il a reçue par une trahison contre sa patrie. Quel autre parti lui reste-t-il à prendre que celui de boire la coupe fatale? Le Girondin Valazé, plein de mépris pour ceux qui le condamnent, se frappe en présence du tribunal révolutionnaire. Comment traiter de folie un pareil trait?

Lorsque tant de malheureux, accablés par la misère, mourant littéralement de faim, terminent leur long martyre par le suicide, est-il juste de dire que c'est la folie qui les a tués? Sans doute cette solution peut paraître satisfaisante aux Malthus au petit pied, à ceux qui sont nés au milieu des jouissances de la fortune; mais la conscience ne se récrie-t-elle pas contre une pareille fin de non-recevoir?

C'est toujours la même doctrine qui fait des grands hommes hallucinés autant de fous; des criminels, des fous; des hommes à passions fortes, des fous. Nous ne saurions assez protester contre de pareilles tendances fatalistes. La raison, voilà pour nous la règle; la folie, l'exception. Ces réserves faites, nous allons étudier le suicide chez les aliénés.

Rien de plus commun, surtout à Paris, que d'être consulté par des aliénés qui veulent se donner la mort. Nous avons plusieurs fois constaté 7 et 8 cas de ce genre sur 10 malades que nous avons revus dans l'espace d'un mois. Mais les motifs qui poussent les individus au suicide sont très différents et doivent être soigneusement étudiés. Il arrive fréquemment que des individus se tuent dans un accès de délire aigu (fièvre chaude, fièvre cérébrale). Le genre de mort qu'ils paraissent choisir est la précipitation. Assez heureux pour empêcher plusieurs de ces accidents, nous avons ensuite appris des malades qu'ils avaient eu des visions épouvantables : l'un d'eux voyait des serpents qui s'élançaient pour le dévorer; l'autre des assassins qui voulaient le tuer. La fièvre peuple le cerveau de fantômes qui jettent la terreur et l'épouvante dans l'esprit du délirant.

Dans la manie, le suicide est souvent la conséquence des illusions et des hallucinations nombreuses auxquelles l'individu est en proie. Un maniaque voit une personne qui l'appelle dans la rue, il passe par la fenêtre et tombe, ou bien c'est Dieu qui lui ordonne de monter au ciel. Un autre s'imagine que ceux qui l'entourent ont des figures de diables, et il se fracasse la tête contre les murs en voulant se sauver. Quelquefois cependant le maniaque, dans une éclaircie de raison, a le sentiment de son malheur et il se tue par désespoir.

C'est surtout dans les monomanies tristes, dans l'hypochondrie, que l'ennui et la haine de la vie conduisent au suicide. Il arrive quelquefois que ces malades obéissent à des hallucinations; mais le plus souvent c'est pour se débarrasser des tourments qui les accablent, des tortures qu'ils éprouvent. Les uns se croient poursuivis par la police et destinés à périr sur l'échafaud. Les premiers monomanes suicides que nous ayons vus étaient des hommes qui se prétendaient déshonorés par une mauvaise action, et ne cessaient de répéter que les gendarmes allaient venir les chercher. Plusieurs fois nous avons entendu des malheureux nous dire : Ma tête est remplie d'idées bizarres; il n'y a pas de terme à une pareille maladie; jamais je ne guérirai; que faire d'ailleurs quand on a été fou? Les aliénés qui se persuadent être au pouvoir du diable se tuent pour fuir cette terrible obsession. Une de ces aberrations mentales, la plus extraordi-

naire, est celle des aliénés qui ont peur de mourir et qui se tuent pour échapper à cette terrible idée qui les poursuit. Nous avons donné des soins à un malade qui, pendant près d'un an, a eu la pensée de se suicider. A toutes nos observations, à tous nos conseils, il ne cessait de répondre : J'ai été fou, jamais ceux qui faisaient des affaires avec moi ne pourront avoir de confiance ; mon crédit est perdu. J'aime mieux mourir que de ne plus faire de spéculations. Heureusement une passion le guérit.

Les nostalgiques se suicident quelquefois, tant est douloureux le regret qu'ils éprouvent de l'éloignement de leur pays.

M. Esquirol, qui a publié un très bon article sur le suicide, distingue l'ennui de vivre de la haine de vivre. La haine de la vie est un état actif ; elle suppose une sorte d'irritation, d'exaltation de la sensibilité ; la haine de la vie est fréquente, parce que mille causes la provoquent. L'ennui de vivre, le *tædium vitæ*, conduit au meurtre de soi-même. L'ennui, à l'époque de la puberté, fait naître une inquiétude dont les effets les plus ordinaires sont le dépérissement, la consomption et quelquefois le suicide, phénomène signalé par Hippocrate chez les jeunes filles qui ne sont pas ou qui sont mal réglées.

L'ennui reconnaît pour cause la cessation des grandes occupations, l'abandon forcé ou volontaire du grand monde, la satiété des plaisirs, le besoin non satisfait d'un but d'activité nouveau. Ce suicide, qu'on pourrait appeler splénique, du mot *spleen*, ennui, est chronique ; il s'exécute avec calme et sang-froid. Ceux qui ont le spleen présentent tous les caractères de la lypémanie. Les causes les plus ordinaires sont débilitantes.

Esquirol a souvent rencontré une variété de suicide dont les auteurs n'ont point parlé, et qui a beaucoup d'analogie avec le spleen. Il est des individus qui, à la suite de souffrances physiques ou morales, tombent dans l'affaissement. Ils ont peu ou point d'appétit, se plaignent d'une douleur sourde de tête, de chaleurs d'entrailles, de borborygmes, de constipation ; néanmoins leur extérieur n'annonce aucun désordre grave de la santé. Plus tard, ces malades ont les traits de la face tirés, le regard fixe et inquiet ; le teint est pâle ou jaune ; ils ont de la gêne, de la douleur à l'épigastre, une sorte d'engourdissement de la tête qui les empêche de penser, une torpeur, une lassitude générale qui les empêche d'agir.

Ils ne font point de mouvement ; ils aiment à rester couchés ou à être assis ; ils s'impatientent lorsqu'on veut leur faire prendre de l'exercice. Ils abandonnent leurs occupations ordinaires, négligent leurs devoirs domestiques, sont indifférents pour les objets de leurs affections ; ils ne veulent pas s'occuper d'affaires, ni converser, ni étudier, ni lire, ni écrire. Ils redoutent la société et surtout les importunités auxquelles cette maladie les expose. Affligés de cet état, ils ont des *idées noires*. Enfin, désespérés de leur nullité ou prétendue nullité qu'ils croient ne pouvoir jamais surmonter, ils désirent la mort, la réclament, et souvent se la donnent, voulant cesser de vivre, parce qu'ils croient ne pouvoir plus remplir les devoirs de la société. Ces malades ne déraisonnent pas ; leur impulsion au suicide est d'autant plus forte qu'ils ont eu plus d'occupations habituelles et plus de devoirs à remplir. Cette maladie peut persister plusieurs mois, plusieurs années. On l'a vue alterner avec la manie, avec la santé parfaite. Quelques malades étaient, pendant six mois, maniaques ou bien portants, et, pendant six mois, tourmentés par leurs idées noires et par le désir de se tuer.

Nous avons plusieurs fois été consulté pour des individus qu'une impulsion irrésistible entraînait vers le suicide. Cette idée ne les quittait pas ; en vain, pour s'y soustraire, avaient-ils entrepris de nombreux voyages, cherché des occupations, des distractions de toute espèce, l'idée ne les quittait pas. Ils ne savaient comment elle leur était venue ; ils n'avaient aucun motif sérieux de chagrin. Quelquefois nous avons noté l'hérédité ; mais dans d'autres cas nous n'avons trouvé aucune cause. Il est évident pour nous que dans ce cas le suicide était une véritable maladie, et non un symptôme.

Les causes du suicide sont morales ou physiques. Les passions oppressives, comme la peur, la crainte, l'épouvante, portent les aliénés à se suicider ; les uns

veulent échapper à la damnation, les autres à la police, aux tourments qu'on leur fait endurer. Les hallucinations de la vue, de l'ouïe, par la terreur qu'elles inspirent, sont souvent aussi des causes de mort volontaire. Ce cas est surtout fréquent dans la stupidité, variété de la mélancolie décrite par M. Baillarger. Plusieurs mélancoliques se tuent parce qu'ils ont le sentiment de leur position, connaissent leur maladie; nous avons noté cette cause dans deux cas de paralysie générale; l'un de ces malades, qui était déjà parvenu à un degré avancé, réitéra ses tentatives de suicide. Dans d'autres circonstances, les aliénés se donnent la mort pour jouir plus promptement du bonheur éternel. Plusieurs même tuent les objets qui leur sont les plus chers, leurs enfants, pour leur procurer une semblable destinée. Quelquefois, au contraire, ils les immolent pour les empêcher d'être damnés, ou pour les soustraire à la misère, ou pour ne pas s'en séparer, croyant être réunis à eux après la mort.

Presque tous ces meurtriers homicides sont des lypémaniaques, dominés par une passion portée jusqu'au délire, paraissant d'ailleurs jouir de l'intégrité de leur raison. Des motifs plus ou moins plausibles déterminent leur action, quelque atroce qu'elle soit. Ils commettent l'homicide avec tranquillité, au moins en apparence. Après l'avoir consommé, ils ne sont ni émus, ni inquiets; s'ils étaient agités, ils semblent plus calmes après qu'avant; quelquefois même leur visage exprime la satisfaction. Plusieurs vont faire la déclaration de leur crime à la police, aux tribunaux, ou en parlent à ceux qu'ils rencontrent. Loin de se dérober, ils attendent qu'on les arrête; ils demandent à être jugés, à subir la peine capitale.

La plupart de ces homicides se tuent immédiatement après leur action; mais il en est qui ne veulent pas se suicider, dans la crainte de commettre un trop grand crime; d'autres parce qu'ils espèrent avoir le temps de se préparer à la mort.

Les esclaves nostalgiques refusent le travail, sont pris d'une espèce de pica qui les porte à manger de la terre, et succombent dans l'épuisement d'un horrible marasme

Une mauvaise éducation, l'absence de principes religieux et moraux, la lecture de livres qui vantent le suicide, les mœurs, les croyances, les enseignements de l'époque, sont autant de causes qui favorisent chez les aliénés la tendance au suicide.

L'hérédité joue un rôle important dans la propagation du suicide. On voit des fils, des petits-fils, deux, trois, cinq ou six frères, des oncles, des tantes, des cousins, finir leurs jours par un acte désespéré. C'est parfois en arrivant à une époque déterminée de la vie, que plusieurs de ces infortunés cèdent à la violence de leur penchant en accomplissant leur triste destinée.

Nous avons entendu raconter à Gall qu'un riche propriétaire avait laissé une fortune de deux millions et sept enfants. Ceux-ci restent à Paris ou dans les environs, conservent leur portion de fortune paternelle; quelques uns l'augmentent; aucun n'éprouve de malheur; tous jouissent d'une bonne santé, d'une existence honorable, de la considération générale. Tous les sept frères se sont suicidés dans l'espace de trente à quarante ans.

Le même auteur a connu une famille dont la grand'mère, la sœur, la mère se sont suicidées; la fille de cette dernière a été sur le point de se précipiter, et le fils s'est pendu.

Un riche négociant, dit Esquirol, d'un caractère très violent, est père de six enfants. A mesure que ceux-ci ont fini leur éducation, il leur donne une forte somme d'argent et les éloigne de chez lui. Le plus jeune, âgé de vingt-six à vingt-sept ans, devient mélancolique, et se précipite du haut du toit de sa maison. Un second frère, qui lui donnait des soins, se reproche sa mort, fait plusieurs tentatives de suicide, et meurt un an après, des suites d'une abstinence prolongée et répétée. L'année suivante, un autre frère a un accès de manie dont il guérit; un quatrième frère se tue, et celui qui a été maniaque se suicide. Deux ou trois ans après, une sœur devient d'abord maniaque, et fait mille tentatives de suicide. Le sixième frère est à la tête d'un grand commerce, et il eût fini comme ses frères, s'il n'était retenu à la vie par ses enfants et par sa femme, qui le surveillent avec la plus grande tendresse.

Le suicide est plus fréquent depuis l'âge de vingt jusqu'à trente ans; c'est du moins ce que semble établir le tableau suivant,

publié par M. Esquirol pour 198 aliénées reçues à la Salpêtrière.

Avant l'âge de . . .	15 ans.	2
—	de 15 à 20 —	16
—	de 20 à 25 —	29
—	de 25 à 30 —	27
—	de 30 à 35 —	27
—	de 35 à 40 —	27
—	de 40 à 45 —	25
—	de 45 à 50 —	22
—	de 50 à 55 —	7
—	de 55 à 60 —	6
—	de 60 à 65 —	7
—	de 65 à 70 —	1
—	de 70 à 75 —	2
		198

Ainsi sur 1898 admissions, nombre des femmes reçues pendant six ans dans l'hospice de la Salpêtrière, 198, un 9e environ, ont fait des tentatives de suicide. Une de ces femmes, après s'être jetée à neuf ans dans la rivière, s'y jeta de nouveau à quarante.

D'après de nombreux relevés, le suicide, considéré par rapport au sexe, est dans la proportion de trois hommes contre une femme. Le suicide est plus commun l'été, pendant la période des chaleurs, que pendant l'automne, l'hiver et le printemps. Dans un tableau des individus entrés pendant six ans dans la division des aliénés, à la Salpêtrière, après avoir fait des tentatives de suicide, on trouve pour

Le trimestre de janvier . . .		42
—	d'avril.	58
—	de juillet. . . .	61
—	d'octobre. . . .	31

Cabanis avait observé qu'après un été très sec, l'automne étant pluvieux, les suicides étaient plus fréquents en automne. Le passage d'un été sec à un automne humide est plus favorable au développement des affections abdominales dont le suicide dépend si souvent.

La fréquence du suicide varie suivant les contrées, suivant les zones d'un même pays. M. Guerry ayant divisé par régions tout le territoire français, compte 51 suicides dans la région du nord, tandis qu'il s'en effectue 9 dans le sud, 11 dans le centre de la France, 14 à l'est, 13 à l'ouest. Dans le nord, le chiffre des suicidés est à celui de la population totale comme 1 : 9,853; dans le sud, comme 1 : 30,499; dans le centre, comme 1 : 27,393; dans l'est, comme 1 : 21,734; dans l'ouest, comme 1 : 30,873.

Certaines villes, comme Paris, Londres, Marseille, Berlin, sont des centres dont les influences irradient à une certaine distance, et favorisent le suicide. Le nombre des suicides du département de la Seine forme environ le sixième de ceux qui se commettent dans toute la France.

On a cru constater cependant que le suicide devenait fréquent sous certaines latitudes, quand certains vents y soufflaient subitement, quand à des chaleurs brûlantes et prolongées succède un automne pluvieux. On a cru, dit Esquirol, trouver une preuve de l'influence du climat dans la fréquence des suicides en Angleterre. Mais a-t-on réfléchi que le suicide était inconnu dans la Grande-Bretagne lorsque les Romains en firent la conquête, tandis qu'il était alors beaucoup plus fréquent en Italie qu'il ne l'est maintenant. Le climat de Copenhague reste le même, et cependant les suicides y ont progressivement doublé depuis vingt ans. Le docteur Rech, de Montpellier, a fait observer que pendant l'année 1820 il y avait eu dans cette ville plus de suicides que pendant les vingt-sept années précédentes.

L'onanisme a été signalé par Tissot comme une des causes de suicide. Il en est de même de l'abus des boissons alcooliques. La pellagre produit un grand nombre de suicides. Rasori, Tommasini, Piantanida, nous ont assuré qu'un tiers environ des pellagreux avait une propension au suicide (*De la pellagre et de la folie pellagreuse, observations recueillies au grand hôpital de Milan; Journal compl. des sciences médicales*, Paris, 1830). M. Baillarger, dans une note fort intéressante sur la *paralysie pellagreuse* (*Mém. de l'Académie de médecine*, t. XIII, p. 707), dit que cette tendance au suicide s'observe surtout dans la démence aiguë (stupidité).

On a considéré le tempérament bilieux comme prédisposant au suicide; la même remarque a été faite pour le tempérament sanguin.

L'imitation, l'exemple, ont quelquefois une influence fâcheuse sur la production du suicide. On l'a vu devenir, pour ainsi dire, contagieux dans les maisons d'aliénés, dans de petites villes. L'apparition épidémique du suicide est un phénomène bien singulier. Plutarque rapporte que le suicide régna épidémiquement à Milet, et que les jeunes femmes et les filles se pendaient à l'envi les unes des autres, parce que la guerre tenait les hommes éloignés. Il y a quelques années que, dans les environs d'Étampes, un prêtre se pendit, et en peu de jours il s'en tua deux autres, et plusieurs personnes les imitèrent. En 1806, on observa un grand nombre de suicides à Rouen. A Versailles, pendant l'année 1793, il y eut 1,300 suicides. Les Juifs, désespérés de la prise de Jérusalem, se précipitaient du haut des remparts, ou mettaient le feu à leurs maisons, pour devenir la proie des flammes.

L'anatomie pathologique n'a rien fait connaître sur les lésions propres au suicide. L'opinion de Gall sur l'épaisseur et la densité plus grande du crâne n'est fondée que sur quelques faits auxquels on peut en opposer de contraires. Nous avons ouvert des suicidés chez lesquels nous n'avons trouvé qu'un afflux plus considérable de sang au cerveau. Cabanis a prétendu que le cerveau des aliénés et des suicidés était plus abondant en phosphore que celui des autres hommes. Osiander regardait les lésions du cœur, les inflammations des viscères abdominaux comme la cause du suicide.

L'impulsion au suicide peut s'emparer subitement de l'individu, et alors, suivant la juste remarque de Georget, le suicide est presque aussitôt exécuté que projeté. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater ce fait chez des lypémaniaques qui arrivaient dans des établissements privés ou publics.

Au début de cette affection, les malades ont plusieurs des symptômes de l'hypochondrie ou de la monomanie, ils se plaignent de trouble dans les viscères abdominaux, de bouffées de chaleur, de spasmes à l'épigastre, d'un malaise général.

Ils renoncent à leurs habitudes, n'ont plus de goût à rien, expriment le désir de mourir. Bientôt ils s'imaginent qu'on les néglige, qu'on les méprise; ils fuient le monde, recherchent la solitude, deviennent pusillanimes, ombrageux, difficiles à vivre. Enfin, l'idée de se tuer devient une idée fixe qui les préoccupe sans cesse. Ils font des rêves affreux. Ils ne peuvent pas plus se défaire de leur idée que les autres monomaniaques ne peuvent se défaire de l'idée qu'ils sont ruinés, déshonorés, damnés, etc.

La pensée du suicide est plus ou moins violente, plus ou moins instantanée, souvent mille circonstances dépendantes de l'âge, du sexe, du tempérament, des habitudes, des professions, de l'irritabilité du sujet, échappent à toute observation.

Les hypochondriaques et les lypémaniaques, en général, assurent qu'ils sont entraînés à la mort volontairement, qu'ils y pensent avec plaisir et aspirent au moment de terminer leurs jours; mais tous ajoutent qu'ils sont dans un état moral ou physique tel que rien ne leur paraît plus affreux, et que la mort s'offre à eux comme le seul moyen de s'en délivrer.

Ces symptômes disparaissent et se renouvellent spontanément; les malades passent quelques mois, plusieurs années dans une lutte intérieure, ajournant l'exécution de leur dessein tantôt par un motif, tantôt par un autre. Dans le suicide non réfléchi, la face ne présente ordinairement rien de remarquable

La destruction de toute sensiblilité physique n'est pas rare chez les monomaniaques qu'on a vus se mutiler, s'amputer, se brûler, etc., sans paraître en éprouver de douleur, tant l'exaltation, la fixité des idées avaient égaré leur sensibilité.

L'opiniâtreté dans l'obstination de se détruire et l'obstination dans l'exécution de ce dessein passent quelquefois toute croyance, surtout chez les lypémaniaques. Nous en avons vu un qui a fait successivement quarante-cinq tentatives de suicide. Un autre fut camisolé deux mois, parce qu'il voulait toujours se détruire. Un troisième n'était pas plus tôt libre qu'il allait se fracasser la tête contre les murs. Lorsque les lypémaniaques, dominés par une idée fixe, ont pris la résolution de terminer leurs jours, ils résistent aux conseils de la raison, de l'amitié, de la tendresse, aux obstacles matériels qu'on leur oppose.

Il est des individus, dit Esquirol, portés au suicide qui sont d'une ruse, d'une adresse capables de déjouer les soins et la surveillance la mieux entendue, et de déconcerter l'homme le plus expérimenté. Ils provoquent ou saisissent les occasions avec une préméditation et une astuce dont on ne peut trop se méfier. Il ne faut se laisser en imposer ni par le calme, ni par la joie, ni par les promesses, ni par les serments, car ces individus se tuent alors qu'on s'y attend le moins, et après avoir donné les plus belles assurances.

Tous ceux qui ont des idées de suicide n'ont ni la même opiniâtreté ni la même adresse. Il en est parmi eux, et ce sont le plus ordinairement les hypochondriaques, qui parlent souvent du dégoût de la vie, du désir du suicide; ils font même des tentatives, mais ils manquent de résolution pour se tuer. Ces malades annoncent le caractère de l'hypochondrie; ils sont timides, méticuleux, irrésolus, bien différents des lypémaniaques dont nous venons de parler; ils sont retenus par des motifs divers, ils ne se tuent pas, dans la crainte de souffrir, d'encourir des peines dont la religion menace les suicides; les autres, par tendresse pour quelque parent ou pour quelque ami, par un sentiment d'honneur, veulent se justifier des prétendus torts qu'ils croient qu'on leur reproche, enfin parce qu'ils pensent tromper ainsi la joie, les espérances de leurs ennemis vrais ou supposés.

Il est fréquent à la Salpêtrière de voir des femmes qui, pendant l'écoulement menstruel, désirent se détruire, qui font des tentatives pour cela, et qui n'y pensent plus dès que les menstrues ont cessé.

« Les malheureux qui se donnent la mort sont influencés dans le choix des moyens par le sexe, l'âge, les circonstances. Les femmes, les enfants, les vieillards, se noient, se pendent, se précipitent ou s'asphyxient. Les instruments tranchants, les armes à feu, le poison, sont souvent choisis par les jeunes gens. Les médecins, les vétérinaires, les officiers de cavalerie, ceux qui ont quelques notions anatomiques, s'attaquent aux carotides, à l'artère crurale, aux viscères abdominaux, aux poumons, au cœur. Nous avons cité l'observation d'un aliéné qui s'étrangla avec sa chemise dont il avait déchiré et roulé un pan. Il était couché en face de deux gardiens qui ne virent rien, quoiqu'on fût en plein jour. Les femmes aliénées s'asphyxient quelquefois à l'aide d'un fichu roulé, placé dans la cavité buccale; elles se blessent au pli du bras avec du verre, des clous; s'étranglent, sans avoir recours à la suspension, au moyen de bandes de linge ou d'un mouchoir. Des mélancoliques se blessent mortellement en frappant de la tête contre les murs, se tuent à coups de bêche, de pavé, de pot, avec le premier instrument contondant qu'ils peuvent saisir.

» Plusieurs mélancoliques, que l'on garde à vue, cherchent à miner leur constitution en refusant toute espèce de nourriture, en retenant leur salive dans leur arrière-bouche, en se privant d'uriner ou d'aller à la garde-robe. » (Calmeil, art. Suicide, *Dict. en 30 vol.*)

Il y a des aliénés qui parviennent à se faire des blessures compliquées et d'horribles mutilations, qui pourraient faire croire au premier abord à l'existence d'un assassinat. Un boucher mélancolique et livré au désespoir se frappe plusieurs fois la tête contre les murs, puis il saisit un couperet, et du tranchant de cet instrument se frappe le front avec tant de force, qu'il tombe mort. Le milieu du front est percé d'un trou longitudinal de bas en haut, d'un pouce de haut et d'un demi-pouce de large en dedans, un peu plus étendu en dehors, à bord inégaux et hachés. Autour de ce trou existent une vingtaine de solutions de continuité un peu plus petites, provenant de coups de couperet plus faibles et en partie mal appliqués. On a calculé que ce malheureux avait dû se porter au moins une centaine de coups avant de succomber à sa fureur. Cet homme venait de surprendre sa femme en flagrant délit d'adultère avec un de ses ouvriers, et c'est ce qui l'avait mis hors de lui. S'il n'y avait pas eu de témoins de ce genre de mort, n'aurait-on pas été porté à soupçonner qu'il y avait eu assassinat, et que le garçon boucher en était l'auteur. (*Hecker's annal.*, 1826; *Revue médicale*, 1827.)

Considéré sous le rapport du type, le suicide peut être aigu, chronique, continu ou intermittent, idiopathique ou secondaire, passager, fixe.

Le pronostic du suicide est grave surtout dans la lypémanie ; il est rare, en effet, que ceux chez lesquels existe ce funeste penchant ne le mettent pas à exécution. Esquirol racontait l'observation d'un magistrat qui, trente-trois ans après la première tentative, mettait fin à ses jours par une chute. En général, le danger est d'autant plus grand, que la maladie est plus récente et qu'on a eu moins de temps pour user l'idée. Il en est de même dans la forme intermittente. L'exécution de cette funeste pensée et très à craindre chez ceux qui se croient poursuivis par la justice, les gendarmes, destinés à périr sur l'échafaud. Plus le raisonnement est calme, moins les malades parlent de leur projet, plus on doit en redouter la réalisation.

Esquirol, qui considérait le suicide comme un acte consécutif dépendant presque toujours du délire, des passions ou de quelque aliénation mentale, assure qu'il n'y a rien à dire sur le traitement d'un symptôme. Ce que M. Leuret a fait pour l'hallucination qui n'est aussi le plus ordinairement qu'un symptôme, nous croyons pouvoir le faire pour le suicide. Le symptôme est ici le point culminant, la maladie n'est que l'accessoire. Il faut empêcher à tout prix le suicide de se tuer, car l'expérience apprend qu'en gagnant du temps, surtout à l'état aigu, on arrive presque toujours à l'affaiblissement de l'idée et souvent même à sa disparition. Une des premières mesures est de faire garder les malades et de les veiller la nuit. Quand ils renouvellent leurs tentatives, et que leur regard est sinistre, il faut leur mettre le gilet de force. C'est notre conduite en pareil cas ; mais en employant ce moyen répressif, nous avons toujours soin de leur dire : Je suis fâché d'avoir recours à une semblable mesure, mais je ne puis permettre que vous vous fassiez du mal dans ma maison ; vous céderiez malgré vous à une impulsion qui vous entraîne et peut-être même pourriez-vous blesser les autres. Plus tard vous serez persuadé que je n'ai agi que dans votre seul intérêt.

C'est aussi le moyen dont il faut se servir contre ces suicides obstinés qui poursuivent l'exécution de leur projet pendant longtemps. La douche a quelquefois vaincu leur opiniâtreté.

« Lorsque les individus cherchent à se laisser mourir de faim, dit M. Brierre, nous les laissons tranquilles deux ou trois jours, puis nous les prévenons que nous allons les faire manger malgré eux. Armé d'une sonde œsophagienne, entouré de domestiques, nous engageons l'aliéné à prendre des aliments ; puis, s'il refuse avec obstination, nous l'avertissons que le moyen auquel nous allons avoir recours sera très douloureux, mais qu'il nous est impossible de le laisser mourir de faim. S'il persiste dans sa résolution, on lui passe la camisole, il est maintenu dans un fauteuil, un domestique lui tient la tête contre sa poitrine, un autre lui ferme la bouche avec la main ; nous introduisons alors la sonde dans une des narines à l'aide d'un mandrin en fer, et lorsqu'elle est arrivée dans l'arrière-bouche, sans chercher à la faire pénétrer dans l'œsophage, nous injectons, au moyen d'un entonnoir et d'un biberon, le liquide que doit prendre le malade. Le domestique qui ferme la bouche serre les deux narines ; il y a alors lutte : le malade fait tous ses efforts pour rejeter le liquide, mais la gêne qu'il éprouve l'oblige à avaler ; on le laisse alors respirer et l'on continue jusqu'à ce que la volonté morbide soit vaincue ou que le liquide soit pris en entier. Chez un bon nombre de ces lypémaniaques, il y a des symptômes de suffocation, un commencement d'asphyxie, mais il ne nous est pas arrivé d'accident. Presque jamais nous ne sommes obligé de recourir à une seconde introduction de la sonde. On nous a dit que ce moyen était cruel ; au début de notre carrière nous l'avions passé sous silence, mais aujourd'hui nous regardons sa connaissance comme très utile. Les médecins d'aliénés savent la difficulté, souvent même l'impossibilité de vaincre dans ce cas la volonté des mélancoliques ; tous les ans il y a des morts par abstinence, depuis longtemps nous n'avons perdu personne de cette manière. La première chose est de guérir, et quand on a la certitude du succès, il faut ne tenir aucun compte de la sensiblerie intéressée et à froid. Lorsqu'on veut arrêter les progrès du mal, ne porte-t-on pas le fer brûlant sur les parties ? Pourquoi donc n'emploierions-nous pas un remède véritablement héroïque !

» Mais il faut bien s'entendre sur les cas qui le réclament : c'est surtout dans les monomanies tristes avec tendance au suicide que ce moyen nous a réussi. Dans la manie, la démence, la paralysie générale, l'imbécillité, nous avons recours à la sonde de M. Baillarger, que nous avons vue fonctionner avec succès. M. Émile Blanche, qui vient de la modifier, assure qu'il en a obtenu les mêmes avantages. Voici l'objection que nous ferons à la sonde de M. Baillarger : oui, elle est introduite sans aucune douleur, mais aussi deux mois après on l'introduit encore, ainsi que nous l'avons constaté dans deux cas. Ce que nous voulons, c'est vaincre au début la volonté du malade, et nous y sommes toujours parvenu. Cette preuve de puissance que le médecin donne à l'aliéné ne peut-elle pas d'ailleurs contribuer à favoriser la guérison ?

» Lorsque les malades sont plus calmes, qu'ils n'ont plus que leur idée fixe, il faut commencer le traitement de la vie de famille. Le mélancolique suicide qu'on a tenu dix à douze heures dans les bains, celui qui a été soumis à l'alimentation forcée, contre lequel on a employé les mesures coercitives, ne peuvent s'empêcher de reconnaître, par le contraste des moyens, que les mesures rigoureuses qu'on a été forcé d'employer contre eux étaient dictées par leur seul intérêt. Cette séparation d'avec les malades dont ils étaient auparavant les commensaux, exerce une salutaire influence sur leur esprit, en réveillant d'autres sentiments. Que de pensées sinistres nous avons vues se fondre à ce contact de tous les instants ! Des guérisons nombreuses ont été obtenues, des projets sinistres indéfiniment ajournés, et, ce qui est une bien douce récompense pour le médecin d'aliénés, des amitiés reconnaissantes se sont formées. Plus d'une fois, nous avons vu les convalescents hésiter à nous quitter. Ce sujet est trop intéressant pour que nous ne lui consacrions pas un travail spécial. » (*De l'influence de la vie de famille dans le traitement des maladies mentales et particulièrement des formes tristes.*)

Les agents physiques peuvent seconder puissamment les moyens moraux. Un négociant se réveille avec une vive douleur de tête. Il s'écrie : Qu'on aille vite chercher un médecin et qu'il me saigne aussitôt, car je sens que si cela dure je vais me suicider. Pendant l'intervalle qui s'écoule entre son arrivée, la propension au suicide devient de plus en plus marquée ; mais à peine le sang a-t il commencé à couler que l'exaltation se calme, et bientôt l'idée disparaît entièrement. (Winslow, *Anatomy of the suicide*, London, 1845.) Nous avons donné des soins à une dame mélancolique, assaillie de pensées tristes, chez laquelle une saignée de pied, indiquée par l'irrégularité de la menstruation, amena la guérison du soir au matin.

Des moyens spéciaux ont été proposés contre cette maladie. Avenbrugger recommandait un exutoire sur la région du foie et de faire boire abondamment de l'eau. Le quinquina combiné avec l'opium, la jusquiame, le musc ont quelquefois été utiles. Le séton au cou, le vésicatoire au bras, le cautère, de larges vésicatoires aux cuisses, ont été souvent couronnés de succès.

On peut consulter ce qui a été dit sur le traitement de l'aliénation et des monomanies en général.

ARTICLE XIV

Monomanie homicide.

L'irrésistibilité de certains actes, leur spontanéité, l'impuissance de la volonté, sont des faits incontestables. Un homme cause tranquillement avec ses amis ; tout à coup il s'élance, franchit un parapet et tombe dans l'eau. On le retire aussitôt, on lui demande les motifs d'une pareille conduite : il n'en sait rien, il a cédé à une force qui l'a entraîné malgré lui. Une dame d'une grande naissance, d'une haute piété, ne peut s'empêcher d'adresser les mots les plus grossiers aux personnes qui l'approchent. Esquirol a raconté l'observation d'un gentilhomme qui volait partout où il se trouvait. Dans nos nombreuses histoires de suicides se trouve le fait d'un individu qui venait de dîner gaiement en société ; il quitte brusquement la table, monte avec rapidité l'escalier et s'enferme dans un grenier. On pousse avec force la porte, il était en train de s'accrocher à une poulie. Comme les précédents, il avait été subjugué par une volonté plus forte que la sienne.

A priori on comprend donc qu'un désordre semblable des facultés affectives puisse porter un homme à en tuer un autre. Ce funeste penchant, qui a donné lieu à de nombreuses discussions, n'est point d'ailleurs une création nouvelle, ainsi qu'on l'a prétendu. M. Leuret, dans ses *Fragments psychologiques*, a parfaitement démontré qu'il était commun chez les possédés, les lycanthropes.

Il y plus de vingt ans, M. Brierre de Boismont, dans ses *Observations médico-légales sur la monomanie homicide*, prouvait qu'il y avait une foule de motifs divers dans cet acte, et qu'il était nécessaire de les étudier séparément.

Beaucoup d'hallucinés, en effet, frappent parce qu'ils entendent une voix qui leur dit *Tue*. Marc (*De la folie*) a rapporté l'observation d'un paysan qui fut longtemps poursuivi par une hallucination de ce genre. Nous en avons cité plusieurs exemples fort curieux dans l'article médico-légal de l'histoire des hallucinations. Quelquefois c'est un maniaque qui prend un homme pour un diable. Un malade défait une des barres de fer de son lit, et, au moment où le gardien entrait dans sa chambre, il lui en assène un coup derrière la tête en lui criant : Mort à Satan ! Quelquefois ces visions existent jusque dans le dernier degré de la paralysie générale. Un malade, qui depuis plusieurs mois restait accroupi, sans parler, se réveillait par moments en poussant des cris terribles. Il voyait devant lui un requin prêt à le dévorer; sous l'influence de cette apparition, il avait voulu, chez lui, tuer une de ses filles.

Le suicide peut être la cause du meurtre : ainsi un individu désire la mort, mais il veut avoir le temps de paraître devant Dieu, et il sacrifie un innocent qui s'est quelquefois prêté à cette singulière transaction. Gall rapporte, dans son ouvrage, une observation de ce genre qui arriva dans une prison de l'Allemagne.

L'ivresse, par les singulières hallucinations qu'elle détermine, a été plus d'une fois le motif de ces homicides.

Les aliénés tuent par vengeance, par ressentiment. Madame de Genlis, dans les *Souvenirs de Félicie*, parle d'un aliéné de Charenton, fort paisible, qui mangeait à la table du chef de l'établissement. Le malade fut légèrement contrarié, déroba un couteau, attendit le supérieur dans un passage étroit, le frappa de plusieurs coups et le tua. Le même événement tragique arriva il y a vingt-trois ans à la fille d'un chef d'établissement. Un aliéné auquel on avait refusé de l'argent pour satisfaire ses fantaisies en conçut un ressentiment profond qu'il concentra sur cette jeune demoiselle. Pendant plus de deux semaines, il tint caché un bout de fer qu'il avait aiguisé exprès. Un jour, on entendit un grand cri, c'était cette infortunée demoiselle qui venait d'avoir l'artère crurale ouverte par l'instrument tranchant de l'aliéné.

Il n'est pas rare de rencontrer des aliénés qui, se croyant l'objet de persécutions, de dénonciations, d'empoisonnements, prennent en haine une personne, et font sur elle des tentatives d'assassinat. Il y a quelques années on eut à faire l'expertise médico-légale d'un employé d'une grande administration de Paris. Assailli sans doute par l'idée fixe qu'il était la victime d'ennemis invisibles, il en vint à se persuader que l'un des chefs supérieurs de son ministère était l'âme de cette conspiration, et sans autre explication, il lui tira un matin deux coups de pistolet.

Dans quelques circonstances, des malheureux immolent leur femme, leurs enfants pour les préserver du péché ou les faire jouir plus promptement du bonheur céleste. Pinel cite l'exemple d'un fanatique qui, voulant purifier les hommes par le baptême de sang, commença par égorger ses enfants, et allait faire subir le même sort à sa femme, si elle ne s'était enfuie. Seize ans après, la veille de Noël, il égorgea deux aliénés renfermés avec lui à Bicêtre, après avoir frappé le surveillant ; et il eût, ajoute Pinel, égorgé tous les habitants de l'hospice, si l'on n'eût arrêté les efforts de sa fureur homicide.

Dans cette forme de la maladie, les individus obéissent à des conceptions délirantes, à des raisonnements faux ; le dérangement de leur raison est évident pour tout le monde.

Dans d'autres cas, les malades ne présentent aucune altération appréciable de l'intelligence ou des affections. Ils sont

poussés par un instinct aveugle, par quelque chose d'indéfinissable, par une puissance irrésitible, par une détermination irréfléchie ; ils n'ont point de motifs d'intérêt. Plusieurs prennent des précautions pour assurer leurs coups, et même pour en dérober les preuves; tandis que souvent d'autres expriment leur satisfaction du meurtre qu'ils viennent de commettre; plusieurs s'en accusent aux magistrats, ou restent impassibles auprès de leur victime.

Les auteurs sont remplis d'histoires de meurtres commis par de ces monomaniaques. Marc, dans sa *Consultation médico-légale*, par H. Cormier, a rapporté l'événement suivant qui s'était passé dans la famille de M. le baron de Humboldt : Une mère de famille rentre chez elle ; une domestique contre laquelle on n'avait jamais eu le moindre sujet de plainte paraît dans une grande agitation ; elle demande à parler seule à sa maîtresse, se jette à ses genoux, et lui demande en grâce de quitter sa maison. Sa maîtresse, étonnée d'une pareille supplique, veut en connaître le motif, et elle apprend que toutes les fois que la malheureuse domestique déshabille l'enfant de cette dame, elle est frappée de la blancheur de ses chairs, et éprouve le désir presque irrésistible de l'éventrer ; elle craint de succomber et préfère s'éloigner.

M. Brierre de Boismont a eu, dans son établissement, un propriétaire aisé, homme fort religieux, d'une austérité de principes incontestable, qui avait voulu tuer sa femme et sa fille. Jamais on ne lui a entendu dire une parole déraisonnable; sa seule manie était de sauter de temps en temps. Comme il était fort expérimenté, on l'avait chargé de surveiller l'entretien de la maison. Il sortait à volonté, allait chez les divers entrepreneurs. Jamais il ne lui a pris l'idée de s'évader; mais si on lui parlait de sa femme, de sa fille, sa figure s'assombrissait, et il ne tardait pas à s'éloigner. Plusieurs fois il a dit qu'il arriverait malheur s'il retournait chez lui. Il succomba dans l'établissement à une petite vérole. Il existe, dans le même établissement, un individu qui, sans motifs, veut tuer sa femme et sa fille; il n'est pas plus tôt enfermé qu'il devient tranquille, revoit sa femme et ne lui témoigne aucun mécontentement. Nous pourrions multiplier ces exemples à l'infini, car nous avons donné nos soins à un grand nombre de ces malades ; mais il suffit de parcourir les travaux de Georget, Marc, Cazauvieilh, Pressat, les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, les *Annales médico-psychologiques*, pour ne conserver aucun doute à cet égard.

Parmi ces monomaniaques, il en est qui résistent à leur idée ; d'autres luttent longtemps avant de succomber; enfin, plusieurs sont entraînés fatalement et commettent même l'acte avec une extrême rapidité. Dans ce dernier cas, l'impulsion est subite, instantanée, irréfléchie, plus forte que la volonté ; le meurtre est commis sans intérêt, sans motif, le plus souvent sur des personnes chéries.

« La monomanie homicide est, dans ce cas, entièrement semblable à ces penchants irrésistibles qui portent l'homme à se détruire, à voler, etc. Il n'est pas possible de nier que cette envie de se détruire qui s'empare quelquefois de l'homme le plus raisonnable, ne soit dans la nature humaine. A qui cette idée n'est-elle pas venue? Qu'on se rappelle les sensations qu'on a quelquefois éprouvées, en se trouvant au haut des tours, au sommet des montagnes, quelquefois en se faisant la barbe, et l'on concevra par analogie, cette irrésistible impulsion qui chez l'homme raisonnable est de courte durée, mais qui, sous l'influence de certaines circonstances mal connues, peut entraîner une détermination fatale. » (Andral, *Leçons recueillies et publiées* par M. A. Latour, 2e édition, t. III, p. 55. Paris, 1848.)

Presque tous ces individus, dit Esquirol dans sa Note sur la monomanie homicide, étaient d'une constitution nerveuse, d'une grande susceptibilité ; plusieurs avaient quelque chose de singulier dans le caractère, de bizarre dans l'esprit.

Avant la manifestation du désir de tuer, ils étaient incapables de nuire ; beaucoup étaient doux, bons, honnêtes gens et même religieux. On a remarqué chez eux un changement de la sensibilité physique et morale, du caractère, de la manière de vivre. On peut facilement fixer chez eux l'époque

de ce changement, celle de l'explosion du mal, celle de la cessation.

Des causes physiques ou morales appréciables ont presque toujours déterminé cette affection. Parmi ces causes, l'imitation joue un rôle important.

Lorsque cet état persiste assez longtemps, on constate qu'il est précédé et accompagné de céphalalgie, de maux d'estomac, de douleurs abdominales qui s'exaspèrent, lorsque cette funeste impulsion devient plus énergique.

La présence des victimes, la vue des instruments propres à accomplir le meurtre, réveillent et augmentent l'impulsion qui pousse ces malheureux à l'homicide.

Presque tous font avant ou après des tentatives de suicide, tous invoquent la mort, quelques uns réclament le supplice des criminels. Aucun des sujets de ces observations n'avait de motifs quelconques pour vouloir la mort de leurs victimes, qu'ils choisissent souvent parmi les objets de leurs plus chères affections. Pendant l'intermittence, ou lorsque le désir du meurtre a cessé, ces malheureux rendent compte des plus petits détails. Nul motif ne les excitait, ils étaient entraînés par une idée, par quelque chose, par une voix intérieure. Plusieurs disent n'avoir pas succombé, parce qu'ils ont fortement résisté, qu'ils ont fui ou éloigné les objets.

Les monomaniaques homicides ont des caractères qui les différencient des criminels avec lesquels on les a souvent confondus. Ils sont isolés, sans complices, n'ont point de motifs, s'arrêtent au meurtre. Ceux qu'ils immolent ne peuvent leur faire aucun tort, leur sont indifférents, quelquefois même complétement inconnus; le plus souvent, ils prennent leurs victimes parmi les objets qui leur sont les plus chers.

Lorsque le monomaniaque a accompli son désir, il est calme, ne cherche pas à se cacher. Quelquefois il proclame ce qu'il vient de faire, et se rend chez le magistrat. Quelquefois, après la consommation du meurtre, il recouvre la raison, se désespère, invoque la mort et veut se la donner. S'il est livré à la justice, ses souvenirs le rendent morose, et il révèle aussitôt les détails les plus secrets du meurtre.

La monomanie homicide peut se montrer dans un âge fort tendre. Esquirol a rapporté deux observations de jeunes filles de sept ans chez lesquelles ce penchant existait. Il y a eu dans l'établissement de M. Brierre un petit garçon de cinq ans qui disait à la directrice, lorsqu'elle lui faisait quelque représentation : Si je pouvais vous enfoncer un couteau dans le cœur. Il était presque toujours en fureur, frappait tout le monde, brisait tout ce qui lui tombait sous la main, cherchait à tout dévaster.

D'après les faits nombreux qui ont été observés, on peut catégoriser de la manière suivante les cas où l'homicide paraît se rattacher à un dérangement des facultés intellectuelles : 1° l'acte a été commis par des individus évidemment aliénés, avec ou sans motif : 2° le penchant s'est manifesté plus ou moins longtemps à l'avance, et a présenté des symptômes appréciables ; 3° il a éclaté tout à coup, et la volonté n'a pu résister à la force de l'impulsion.

Cette dernière variété offre souvent de grandes difficultés, elle a soulevé de graves discussions, mais elle est appuyée par trop de faits concluants pour qu'on puisse la rejeter.

L'opinion généralement établie en Angleterre de la part puissante de la folie dans un certain nombre d'actions criminelles, a fait créer à Bethlem (hôpital d'aliénés à Londres) une section pour cette espèce d'insensés. Nous empruntons à M. Brierre de Boismont la relation qu'il en a donnée.

Division des fous criminels. — « Les connexions du crime et de la folie ont été, depuis longtemps, l'objet des méditations des esprits généreux et systématiques, mais ce sont surtout les travaux de Georget qui ont plus particulièrement fixé l'attention des médecins sur ce point important. Il était difficile, en effet, qu'en comparant certains cas, on ne trouvât entre eux beaucoup d'analogie, de nombreux points de contact, quelquefois même une extrême ressemblance. L'étude de ces crimes monstrueux, bizarres, extraordinaires, sans motif apparent, sans cause connue, en désaccord complet avec la conduite des individus, souvent même en opposition directe avec leur caractère, a dû faire naître plus d'un doute sur la criminalité réelle de ces

actions. A mesure que l'homme a été plus profondément analysé, on a reconnu que sa raison était assaillie par une multitude d'idées fausses, étranges, caractérisées surtout par une perversion des facultés morales et affectives. Semblables à ces feux d'artifice qu'un même instant voit naître et mourir, elles ne faisaient que traverser le cerveau; mais l'observation attentive a prouvé qu'elles pouvaient être la cause d'actes instantanés, dont la folie paraît la seule explication plausible.

» De la constatation de ces faits à leur généralisation, la pente était facile, aussi a-t-elle été facilement franchie. Nous avons dit ailleurs que le besoin de généraliser était naturel à l'homme, mais nous faisions remarquer que si ce don brillant était l'apanage de quelques âmes d'élite, il avait le dangereux privilége de fasciner les yeux d'une foule de personnes qui croyaient par là donner un certain air de grandeur à leurs élucubrations, tandis qu'elles n'arrivaient qu'à montrer le côté paradoxal de leur esprit. C'est sous cette influence que nous avons vu les hallucinations ou plutôt les extases des personnages célèbres, les suicides des temps anciens et modernes, les crimes de toute nature, devenir autant d'actes de folie.

» Il serait sans doute consolant et glorieux pour l'humanité d'établir qu'elle ne peut faiblir que par un éblouissement de la raison; mais que deviendrait alors le dogme du libre arbitre? Le bien et le mal côtoient sans cesse l'homme; lorsqu'il se détermine dans le choix, il a eu tous les moyens de le faire; s'il est mauvais, sa conscience, la société et Dieu sont là pour lui en demander compte. Tout en proclamant la liberté de notre espèce, sauf les restrictions précédentes, l'expérience nous a appris qu'en certaines circonstances, les actes étaient les conséquences d'irrésistibilités morbides qui ne pouvaient s'expliquer que par un désordre subit de la raison. La différence entre notre opinion et celle des auteurs auxquels nous faisons allusion, consiste donc à faire une exception de ce qu'ils considèrent comme une règle, et à diminuer le cercle de la folie qu'ils cherchent sans cesse à élargir.

» Il y a longtemps que les moralistes et les criminalistes ont reconnu que les motifs des actions répréhensibles, dangereuses, coupables, devaient être cherchés dans la satisfaction des penchants et des passions. L'examen de ces milliers de procès que nous font connaître les journaux consacrés aux tribunaux ne laisse aucun doute à cet égard: l'intérêt, la vengeance, l'amour, l'ambition, sont les grands mobiles de ces drames domestiques, dont le dénouement le plus ordinaire est l'échafaud ou le bagne. Mais à mesure qu'on s'est livré à une étude plus approfondie des motifs qui avaient entraîné les individus à commettre de mauvaises actions, on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'un certain nombre d'entre elles s'expliquaient par des raisons si futiles, que le doute sur la culpabilité de l'acte s'est glissé dans quelques esprits. Avec le temps, on a vu que plusieurs crimes singuliers, bizarres, atroces, avaient été commis sous l'influence d'un dérangement des facultés intellectuelles, de visions plus ou moins terribles. Un examen plus approfondi n'a point permis de douter que quelques uns de ces malheureux n'eussent obéi à des impulsions irrésistibles.» (Brierre de Boismont, *Observations médico-locales sur la monomanie homicide.* Extrait de la *Revue médicale*, octobre et novembre 1826.)

La France, cette nation si novatrice dans les idées, si routinière dans les faits, comme l'a très bien dit madame de Staël, s'est laissé devancer dans l'appréciation de ces faits par deux peuples, les Allemands et les Anglais, qui, depuis de longues années, ont proclamé ces vérités, et dont les seconds les ont surtout mises en pratique (1).

« Nous ignorons l'époque précise à laquelle l'Angleterre a commencé à renfermer les fous criminels; nous avons inutilement cherché ce renseignement dans le curieux ouvrage qui a pour titre: *Sketches in Bedlam*, dont il ne reste plus d'exem-

(1) *Gazette des hôpitaux*, octobre 1846. Sans doute, nous pouvons opposer aux travaux de ces deux nations, les *Mémoires originaux* de Georget et l'excellent ouvrage de Marc, intitulé: *De la folie dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, Paris, 1840, 2 vol. in-8; mais la priorité de l'idée appartient aux Allemands et aux Anglais.

plaires dans la librairie. On peut néanmoins affirmer que cette coutume remonte à une date éloignée. Billard a inséré dans les *Archives générales de médecine* (t. XV, p. 418, année 1832) une note sur cet intéressant sujet. L'observation suivante est une preuve que depuis longtemps les Anglais admettent la folie dans le crime. En 1811, un mari fut accusé d'assassinat sur la personne de sa femme. C'était un vieillard qui avait eu d'elle quatorze enfants. Après quarante ans de mariage il avait voulu poignarder sa femme dans son lit, et lui avait fait plusieurs blessures graves; elle se portait accusatrice, et le crime était évident. Le mari se renfermait dans une dénégation pure et simple, qui aggravait sa situation. Quand la vieille femme, qui était dévote, l'entendit nier si résolument et à plusieurs reprises le crime qu'il avait commis, elle s'approcha de la grille en fer qui sépare les accusés des juges et des avocats, et du ton le plus pathétique :

« Oh! Jean, s'écria-t-elle, voudrais-tu » aussi me faire passer pour menteuse? » Est-ce que tu ne t'es pas assez mal » conduit? Messieurs, mesdames, par- » donnez-lui, car il est réellement fou. »

» Qui le croirait? Au-dessus des barreaux de fer, l'assassin et la victime étendirent leurs vieux bras décharnés, leurs visages ridés et couverts de pleurs se rapprochèrent, et dans une étreinte convulsive, ils oublièrent leur misère mutuelle; l'émotion gagna jusqu'aux juges et aux militaires de service. — « Vous venez de dire que votre mari était fou, demanda le juge, expliquez vos paroles. » — « Monseigneur, répondit alors un vieux voisin, la raison du pauvre homme n'a jamais été bien saine; je suis fâché de porter témoignage contre lui; mais c'est la vérité..... » Les preuves les plus convaincantes ayant été données à l'appui de cette déposition, jurés, avocats, juges se levèrent à la fois. « Nous étions sur le point, s'écria le juge, de condamner à la peine capitale cet homme qui est reconnu pour fou. » — « Non, non, dit le vieillard; fou! je ne le suis pas, je ne l'ai jamais été! je vous répète que je ne suis pas fou. J'ai eu de mauvaises pensées; elle m'ennuyait, j'ai voulu la tuer. Vous pouvez vous tromper vous-mêmes, si tel est votre désir, mes juges; mais moi, je sais bien ce qu'il en est. » Cet homme, qu'un accès de férocité et de violence avait porté au crime, fut regardé comme attaqué de folie et envoyé à Bethlem.

» L'auteur de la note à laquelle nous empruntons ce récit (*Revue Britannique*, 1833) ayant voulu visiter cet hôpital vingt-trois ans après cet évènement, y retrouva l'homme qu'il avait vu juger. Il était assis dans sa cellule, et fort occupé à tordre les manches de sa chemise, d'où l'eau dégouttait sur la terre. « Depuis que cet homme est ici, lui fit observer le gardien, il n'a pas cessé de pleurer; vous diriez qu'il se lave lui-même de son crime. Comme ses mouchoirs ne lui suffisent pas pour étancher ses larmes, il se sert de ses chemises et les sèche de son mieux. »

» Dans une cellule voisine habitait un Italien qui avait égorgé sa fille après l'avoir violée. A chaque instant il se mettait à bondir dans sa cage avec la violence et la fureur d'un tigre. Cette agitation formait un contraste frappant avec l'attitude des autres aliénés criminels qui étaient calmes et tranquilles. Parmi ces derniers, on remarquait un petit homme maigre, mince, pâle, qui se promenait les bras croisés. Son plaisir ou plutôt sa folie était de tuer. Son naturel était doux, il ne volait jamais, et sans cette maladie incurable, qui lui avait fait assassiner un pauvre colporteur et deux enfants, sa vue n'aurait inspiré aucun éloignement. A cette époque, le plus célèbre habitant de Bethlem était l'incendiaire Martin, frère aîné du peintre Martin, qui avait mis le feu à la cathédrale d'York, parce qu'il avait entendu une voix qui lui criait de brûler cet édifice, lieu de perdition et de damnation.

» Les Esquisses de Bethlem (*Sketches in Bedlam or characteristic tracts of insanity, bya constant observer*, London, 1823) nous ont fourni d'utiles renseignements sur le nombre des aliénés criminels qui existaient à cette époque dans l'établissement, sur la nature de leurs actions et sur la vie de plusieurs de ces maniaques; nous en extrairons ce qu'il y a de plus important.

» Sur 140 observations rapportées dans

l'ouvrage, 54 appartiennent à la section des fous criminels, savoir : 46 hommes et 8 femmes.

» Les motifs pour lesquels les hommes avaient été renfermés comme fous étaient les suivants :

Assassinat et meurtres	18
Régicide	1
Parricides	3
Tentatives d'assassinat	7
Blessures et mutilations	3
Pensée d'assassinat	1
Monomanie de s'introduire au palais du roi	1
Acte séditieux	1
Viol	1
Incendie	1
Faux	2
Vols	7
	46

La séquestration des femmes avait été déterminée par les causes suivantes :

Régicide	1
Vol	1
Incendie	1
Meurtre	1
Mutilation	1
Assassinats	3
	8

La classification de ces actes pouvait être ramenée aux trois chefs suivants :

1° Contre l'État : régicide, tentative, sédition	4
2° Contre les personnes	38
3° Contre les propriétés	12
	54

» Nous avons cherché dans les observations quelle avait été la conduite des individus après leur réclusion ; cet examen nous a fait connaître que six hommes étaient devenus fous dans la prison après leur crime, et que quatre n'avaient présenté aucun dérangement de l'esprit, quoiqu'ils eussent été renfermés un grand nombre d'années. Parmi ces derniers se trouvaient surtout ceux qui avaient attenté aux jours du souverain. L'enquête faite au moment du crime avait mis hors de doute la folie.

» Dans le nouvel examen auquel nous nous livrerons quand nous parlerons des fous criminels qui se trouvaient à Bethlem lors de notre visite, en juillet 1846, nous retrouverons cette prédominance des actions contre les personnes.

» Parmi les observations contenues dans ce recueil, plusieurs ont paru assez intéressantes pour être citées dans ce travail.

» Patrick Walsh, âgé de quarante-sept ans, est renfermé à Bethlem depuis douze ans. Ce maniaque féroce n'a cessé de montrer un caractère de rage désespérée, de vengeance, de cruauté sanguinaire, que peut à peine expliquer la déplorable frénésie dont il est atteint. Ce malheureux était un des chefs de la révolte dans laquelle tous les officiers de la frégate *l'Hermine* furent massacrés. Échappé à la punition de ce crime, il s'engagea, déserta, et dans le cours de quelques années il égorgea de sa main neuf à dix personnes.

» Depuis sa séquestration à Bethlem, on a été dans la nécessité de le tenir toujours garotté, et, malgré cette précaution, il a tué deux personnes dans le vieux Bethlem et à Hoxton. Pendant longtemps il se conduisit assez bien, et la surveillance se relâcha naturellement. Mais ayant trouvé parmi un tas de décombres un vieux canif et la moitié d'une branche de ciseaux, il les cacha soigneusement jusqu'à ce qu'il eût pu les aiguiser en pointe, et, saisissant un moment où personne ne pouvait avoir le moindre soupçon de son projet, il s'élança sur un pauvre aliéné malade appelé Dennis Léonard, et lui porta douze à quatorze coups, dont plusieurs étaient mortels ; la victime expira immédiatement.

» Ce cruel événement fut le premier signe de sa férocité depuis son entrée. Il brisa avec la plus grande facilité trois paires de menottes, et l'on fut obligé de le maintenir avec une ceinture de fer, à laquelle étaient adaptées de fortes menottes, qui lui laissaient la liberté de ses mains. La nuit, il est attaché dans son lit par des chaînes et des cadenas. Il se promène seul dans la cour, d'où on le ramène dans sa cellule.

» L'effusion du sang et le meurtre sont ses sujets favoris de conversation.

» Après l'assassinat de Léonard, il avait

coutume de répéter sans cesse qu'il était plus content de ce qu'il avait fait que s'il avait eu toutes les richesses du monde. Le motif de sa vengeance, à l'entendre, était un discours impie de Léonard sur Dieu et la vierge Marie; il avait attendu l'occasion favorable d'exécuter son projet.

» Malgré les entraves qui lui retiennent les pieds et les mains, il a pu briser soixante-dix carreaux de la salle à manger dans l'espace de deux ans, quoiqu'ils soient protégés par un fort treillage en fer. Il ne cesse de vomir des injures et des blasphêmes contre ses infortunés compagnons. Dans ses rêves même, les hallucinations ont toutes une couleur sanglante. Le matin, il raconte ses songes, et paraît surtout se complaire à parler de ceux où il croyait égorger tous ses commensaux. Ses pieds, à force de battre la terre, sont devenus presque aussi durs que la corne, et il frémit de plaisir en pensant qu'il foule aux pieds ceux qu'il hait; puis il se met à bondir dans des transports de rage, en s'écriant : « Mourez, coquins, soyez damnés; pendez-le; faites-lui rendre l'âme. » Il chante et siffle lorsqu'il est arrivé au dernier degré d'exaltation. Toutes les voix qu'il entend lui paraissent celles d'autant d'individus qui l'injurient; il prétend même que les canards de la mare lui disent des sottises, et il voudrait leur arracher la trachée. Il ne cesse de jurer, de blasphémer, de parler avec impiété. Il est fort, audacieux, d'un aspect terrible, et ne peut être comparé qu'à une bête féroce privée de raison.

» Au-dessus de Walsh est un Grec qui est un des aliénés les plus bruyants et les plus agités de l'hôpital ; lorsque Walsh l'entend mugir à sa croisée, il se précipite à la sienne, et il se passe une scène véritablement formidable. Ils se regardent avec des yeux enflammés de fureur et scintillants comme des éclairs; ils commencent à haute voix un dialogue passionné, complétement inintelligible, mais que traduisent parfaitement leurs gestes, leurs grimaces et leurs intonations. Le Grec, pendant toute cette scène, parvenu au dernier paroxisme de rage, s'efforce de s'élancer à travers ses barreaux de fer. Walsh, dans les mêmes transports de fureur et avec la même ardeur, saute et bondit pour l'atteindre, tourne tout autour de sa cellule pour trouver une issue, mais, n'y pouvant parvenir, il lance ses souliers vers le Grec, ne cesse de cracher, jusqu'à ce que, croyant tenir son ennemi, il le piétine et l'écrase sous ses pieds, en s'écriant : « Meurs, voleur! meurs, scélérat d'Espagnol ! » Sur ces entrefaites, le gardien arrive, éloigne le Grec de la croisée, et Walsh, ne l'entendant plus, s'imagine qu'il l'a tué, et sa joie est à son comble.

» James Hatfield, l'assassin de Georges III, avait servi dans l'armée et reçu dans une bataille plusieurs blessures sur la tête. Après sa libération, il se maria, et se livra à la profession d'orfévre. Quelques jours avant son attentat, il avait acheté une paire de pistolets, et, après les avoir essayés, il n'en garda qu'un, trouvant l'autre défectueux. Le 14 mai, il se rendit au théâtre de Drury-Lane. Sa Majesté venait à peine d'entrer dans sa loge et saluait encore le public, lorsque Hatfield, qui était assis au parterre, tira un coup de pistolet sur le roi. La balle frappa le plafond de la loge royale au moment où la reine et les princesses entraient.

» Lorsque le premier moment d'effroi fut passé, quelques musiciens de l'orchestre saisirent Hatfield, et le conduisirent pardessus la rampe dans la salle de musique. Il fut immédiatement interrogé par M. W. Addington, en présence des ducs d'York, de Clarence, de Cumberland, de Sheridan, et de plusieurs autres personnages de distinction. Le lendemain, il fut examiné par le conseil privé, et transféré à Newgate, afin d'y attendre son jugement pour crime de haute trahison.

» Quoique le procès d'Hatfield prouvât que son action était celle d'un insensé, une circonstance qui avait eu lieu la veille fit penser qu'elle était le résultat d'un plan organisé. Ce jour-là, un officier des gardes avait reçu pendant la revue une balle qui l'avait renversé. Lors de son interrogatoire, Hatfield dit qu'il avait tiré parce qu'il était las de la vie. Lord Erskine, qui plaida pour lui, réunit des preuves qui ne laissèrent aucun doute sur le dérangement de sa raison ; Hatfield fut reconnu non coupable, et envoyé comme maniaque au vieux Bethlem, où, pendant son séjour, il tua un pauvre maniaque en lui donnant un coup

sur la tête. Il s'était échappé de Betlhem, mais il fut repris à Douvres.

» On apprit que peu de temps avant son attentat il avait rencontré un fanatique religieux nommé Bannister Truelock (maintenant enfermé à Bethlem), qui l'avait entretenu de sujets religieux, et lui avait dit que de grands changements allaient survenir dans le monde. A entendre Bannister, le Messie sortirait de sa bouche, et la mort du roi lèverait tous les obstacles à l'accomplissement de leurs vœux.

» Cette conversation eut une telle influence sur l'esprit d'Hatfield, que le complot fut organisé, et qu'il prit jour pour l'exécution.

» Hatfield a cherché à différentes reprises à obtenir son élargissement. Depuis de longues années, il n'a donné aucun signe de folie, mais le chagrin que lui cause sa séquestration a aigri son caractère, malgré toutes les complaisances qu'on a pour lui. Il est toujours grondeur et mécontent, se plaint de tout. Il est propre, bien tenu, et ingénieux dans ses amusements. Il confectionne de jolis paniers de paille qu'il vend aux visiteurs, et qui lui sont très bien payés.

» Bannister Truelock, dont les discours fanatiques poussèrent Hatfield à commettre son action, fut arrêté sur la désignation de son nom par ce dernier Mais, après plusieurs interrogatoires, ses manières étranges, ses réponses, et le témoignage de sa mère le firent déclarer fou, et il fut envoyé au vieux Bethlem.

» Sa conversation ordinaire ne décèle pas le plus léger symptôme de folie, à moins que l'entretien ne vienne à tomber sur son dada habituel. Traité avec la plus grande douceur et une extrême bienveillance, il est maussade, se plaignant sans cesse. On l'a isolé des autres malades pour l'empêcher de faire des prosélytes, tant il excelle à s'emparer des esprits. Son caractère mécontent exciterait d'ailleurs des désordres parmi les autres, car il leur répéterait continuellement, avec son adresse, son sang-froid, son apparence de raison, que leur esprit est parfaitement sain, et que leur isolement est arbitraire et oppressif; il leur dirait également que leur éloignement de leurs amis, de leurs proches, de leurs affaires, de leur maison, est injuste et cruel, en opposition avec le bon sens et la raison. Son esprit tracassier les tourmenterait sur la qualité et la quantité des provisions. Ce specimen de folie est assez commun dans les établissements d'aliénés.

» Bannister croit que le véritable messie doit naître de lui, et qu'il viendra au monde par sa bouche. Il se déclare enceint depuis plus de vingt-cinq ans. Il appelle la Bible une histoire vulgaire et indécente. Il a écrit soixante-dix-huit signes, avec des commentaires sur chacun; ce sont ces signes qui conduiront le monde à la véritable lumière. Le temps, dit-il, approche, où toutes choses seront accomplies et le monde converti à ses doctrines. Il s'échappa une fois pour aller trouver un libraire et lui proposer d'imprimer ses nouvelles doctrines; mais n'ayant pu réussir dans sa démarche, il revint à la nuit dans l'établissement.

» L'observation de William Vale vient confirmer les faits qui prouvent qu'une détermination peut être la conséquence d'un rêve. Placé comme domestique chez un respectable ecclésiastique, il rêva une nuit que s'il pouvait assassiner sa maîtresse et une partie de sa famille, il deviendrait l'héritier de tous les biens de son maître. Par bonheur, il fit part de son songe à un autre domestique qui n'eut rien de plus pressé qùe de le communiquer. La nouvelle en étant venue aux oreilles de l'ecclésiastique, celui-ci, homme éclairé, sachant tout ce qu'il y avait à craindre de pareilles idées, s'empressa de faire placer le rêveur à Bethlem. Personne n'a oublié le danger qu'a couru l'année dernière l'archevêque de Vienne. Reveillé au milieu de la nuit par quelqu'un qui lui serrait la gorge, il reconnut, à la lueur d'une lampe, son valet de chambre qui tenait un rasoir au-devant de son cou. « Que voulez-vous faire, lui demanda l'archevêque, contenant à peine son effroi? — Vous égorger, répondit le maniaque, car l'esprit saint m'est apparu cette nuit, et il m'a ordonné de vous immoler. — Si c'est la volonté de Dieu, il faut y obéir, mais auparavant prions-le ensemble, afin de nous éclairer. » Le valet de chambre y ayant consenti, l'archevêque se leva et, profitant de cet instant de répit, il s'élança hors de sa chambre, se réfugia dans une autre partie

du palais. Le domestique fut conduit dans un établissement d'aliénés.

» Parmi les aliénées criminelles de Bethlem, qui s'y trouvaient aussi en 1823, nous donnerons un extrait de l'observation de Margaret Nicholson. Le 2 août 1786, au moment où Georges III descendait de voiture pour rentrer au palais de Saint-James, une femme convenablement vêtue et qui paraissait présenter une pétition, le frappa d'un coup de couteau dans la poitrine, qu'il évita heureusement en se jetant en arrière. Comme elle se disposait à en donner un second, elle fut immédiatement arrêtée. Interrogée le même jour par le conseil privé, sur sa dernière demeure, elle répondit d'un air singulier qu'elle avait erré de tous côtés depuis que la matière de la couronne était brisée. Comme on lui demandait quelle était cette matière, elle prétendit que la couronne lui appartenait ; elle ne voulait que son droit. D'après son dire, elle avait de grandes propriétés, et si justice ne lui était pas rendue, l'Angleterre serait noyée dans le sang pendant des milliers de générations. En examinant ses papiers, on trouva une pétition inintelligible sur les tyrans, les usurpateurs et les prétendants. L'un de ses maîtres, chez lequel elle était restée pendant trois ans, déposa que, quoiqu'elle lui parût quelquefois étrange et se parlant à elle-même, il n'avait jamais observé chez elle de symptôme de folie.

» Dans un examen que lui firent subir les docteurs Jean et Thomas Monro, ces médecins furent unanimes sur l'existence de la folie ; elle fut en conséquence envoyée à Bethlem.

» Margaret, plusieurs années après, a donné une explication fort différente de celle des papiers publics du temps. Elle a déclaré qu'elle n'avait pas la plus légère intention de faire mal au monarque. Suivant son récit, elle avait vécu dans une famille où le roi venait souvent ; les regards qu'il lui jetait lui avaient fait penser qu'il la voyait avec plaisir. Se trouvant sans place, elle avait pensé qu'elle ne pouvait avoir de meilleur protecteur que le monarque. Bien renseignée sur les habitudes de Georges III, elle se posta dans un endroit convenable pour lui remettre une pétition ; mais, malheureusement pour elle, au lieu de la lui présenter, elle tira un couteau de sa poche, et se précipita vers le roi pour lui donner à lui-même ce qu'elle croyait sa pétition.

» Depuis trente-six ans qu'elle est dans l'établissement, elle n'a offert aucun symptôme saillant de folie, à l'exception d'une irritabilité qu'expliquerait suffisamment sa position. Elle parle fort rarement, elle est devenue complétement sourde.

» Au nombre des autres aliénées criminelles, se trouvait une femme qui avait jeté du second étage un enfant dont elle était chargée ; elle ne pouvait expliquer cette action que par une folie instantanée. Une pauvre mère avait coupé la langue de ses deux enfants pour les empêcher de dire des mensonges. Deux autres avaient tué leurs enfants dans un accès de folie.

» Après avoir visité la grande division des malades civils, sir Alex. Morison me conduisit dans la section des fous criminels, le but principal de ma visite. L'aspect triste et sévère de cette partie du bâtiment, à laquelle on n'arrive que par un corridor ou plutôt une galerie, nous sembla conforme à sa destination ; car si l'aliéné ne doit pas être flétri du sceau de l'infamie, il est juste que le lieu où il doit être séquestré ne soit pas un séjour agréable qui lui fasse oublier son action, et un encouragement pour ceux qui simuleraient la folie. Derrière une grille, se tenait un infirmier, dont l'air ferme et résolu était en rapport avec le genre de ses hôtes. Je ne pus me défendre d'une impression pénible, en me trouvant au milieu d'hommes dont le désordre d'esprit avait donné lieu à des attentats de tout genre, parmi lesquels le régicide, l'assassinat, le meurtre, l'incendie, le viol, l'infanticide, le vol figuraient en première ligne. L'aspect de plusieurs d'entre eux avait quelque chose de repoussant. Je me rappelle, entre autres, un homme de quarante-six ans environ, accroupi dans sa cellule, dont les yeux fixes, le regard féroce, les traits résolus, la longue barbe, annonçaient la force, la décision et la violence. Aucun de ces aliénés n'était attaché ; un très petit nombre avaient les avant-bras fixés contre la ceinture. En traversant ces corridors étroits, au milieu desquels je coudoyais à

chaque instant la plupart de ces malades, il me vint dans l'esprit qu'un d'eux pouvait se jeter sur le visiteur qu'amenait son amour de la science, et lui faire un mauvais parti. Une pareille action n'est-elle pas surtout à redouter d'un individu qui simulerait la folie, et chercherait par là à donner le change à ses juges.

» Au moment de ma visite, la division renfermait environ 97 personnes, 77 hommes et 20 femmes. Dans le courant de l'année, on avait reçu 7 hommes et 4 femmes; 1 homme et 2 femmes avaient été rendus à la liberté par ordre du secrétaire d'État de l'intérieur; 2 hommes et 1 femme avaient succombé. La classification de ces malades avait été faite dans l'ordre suivant:

1° Contre l'État	2 (haute trahison.	1 homm. Sédition. 1 hom.)	2
2° Contre les personnes.	52 hommes et . . .	11 femm.	63
3° Contre les propriétés.	23 —	9 —	32
	77	20	97

» Ce tableau est conforme à celui de 1823. Les motifs des actions avaient la plus grande analogie avec ceux que nous avons fait connaître plus haut, à propos des cent quarante observations rapportées dans les esquisses de Bethlem.

» Le temps depuis lequel ces individus étaient renfermés à Bethlem, était ainsi réparti:

	Homm.	Femm.	Total.
Depuis 29 ans.	4	1	5
— 28 —	7	1	8
— 25 —	2	3	5
— 20 —	3	»	3
— 15 —	1	»	1
— 10 —	22	5	27
— 5 —	10	4	14
— 3 —	13	1	14
— 1 —	15	5	20
	77	20	97

» Il était du plus haut intérêt pour moi de m'enquérir du docteur Morison quel avait été l'état intellectuel des individus de cette division depuis leur entrée ; il me répondit que tous avaient donné des signes de dérangement de l'esprit, et qu'il ne pouvait rester aucune incertitude sur la réalité de leur folie.

» Les cas de monomanie homicide étaient assez nombreux. Parmi les aliénés de cette espèce, se trouvait un capitaine de vaisseau qui, dans les transports de sa fureur, avait, à différentes reprises, commis des actes de férocité sur son équipage; à chaque instant, il s'élançait sur ses matelots la hache et le poignard à la main, et avait égorgé avec des raffinements de barbarie deux mousses inoffensifs. On y avait également amené comme aliéné un homme qui avait cherché à attenter aux jours de la reine. Ce n'est pas, au reste, la première fois que les assassins des rois sont détenus comme fous à Bethlem; Hatfield et Margaret Nicholson, ainsi qu'on l'a vu, y ont vécu un grand nombre d'années. Je ne sais si je me trompe, mais j'ai la conviction que l'idée d'un pareil séjour serait plus capable d'arrêter un criminel que la perspective de l'échafaud.

» On compte à Bethlem un certain nombre d'individus qui ont été enfermés dans cet établissement pour avoir tué dans le but de se faire condamner à mort, n'ayant pas le courage d'attenter à leurs jours. Esquirol cite plusieurs faits de ce genre. (Esquirol, *Des maladies mentales*, Paris, 1838, t. II, p. 802.) On en trouve également dans l'ouvrage de Marc (Marc, *De la folie dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, Paris, 1840, t. II, p. 140); nous en avons recueilli quelques exemples remarquables. On lit dans l'ouvrage de Gall (Gall, *Sur les fonctions du cerveau*, Paris, 1825, t. IV, p. 146) l'observation d'une jeune femme détenue dans une maison de correction, qui, fatiguée de la vie, à cause des mauvais traitements qu'elle avait éprouvés dans la prison, prit la résolution de s'en délivrer en commettant un meurtre. Elle accomplit son projet sur une jeune fille très simple qu'on lui avait donnée pour garde. Elle lui dit qu'il n'y avait d'autre moyen de sortir de leur misérable position qu'en se donnant la mort. L'autre accéda à la proposition, tendit la gorge et reçut le coup avec une résignation parfaite. Lorsqu'on

interrogea l'accusée, elle répondit : Je pensais en moi-même : Si je m'ôte la vie, mon âme est perdue pour toujours ; si j'exerce le meurtre sur une autre, je n'en mourrai pas moins, mais j'aurai du temps pour me repentir et Dieu me pardonnera. Nous pourrions joindre aux faits nombreux que possède la science, celui d'un homme qui, à la suite de grands chagrins de famille, fut pris de l'idée de mettre fin à ses jours ; comme il ne se sentait pas le courage nécessaire pour exécuter son projet, à force de penser à ce sujet, il imagina que le plus sûr moyen de réussir était de tuer une personne qu'il connaissait à peine. Ces deux idées faisaient le tourment de ses jours. Il arrive quelquefois que le malheureux ainsi poursuivi par l'idée d'en finir, se dénonce comme l'auteur d'un crime capital. Tous les journaux anglais ont rapporté l'histoire d'un petit marchand de la cité qui vint se constituer prisonnier, en s'avouant coupable du meurtre d'une domestique qui avait disparu de chez lui, et que les recherches les plus actives n'avaient pu faire découvrir. L'affaire s'instruisit ; le marchand persévérait dans sa déposition, et donnait des détails très précis ; on croyait à sa culpabilité, lorsqu'on apprit que la domestique était retrouvée. Celle-ci dit qu'elle avait quitté la maison de son maître, parce qu'elle se trouvait peu convenablement traitée, et que le récit de son prétendu assassinat n'était qu'une invention de son ancien maître. On examina le pauvre homme qui s'était dénoncé. Les réponses sont assez curieuses pour attirer l'attention. D'abord il persista dans sa première déclaration ; mais, pressé de questions, il finit par avouer le mobile réel de son action : « J'étais malheureux, criblé de dettes, rien ne me réussissait, j'avais éprouvé de violentes contrariétés ; la vie était devenue un fardeau pour moi ; la lecture des journaux, sans cesse remplis de meurtres et de confessions de meurtriers, me suggéra l'idée d'employer ce moyen pour me débarrasser de l'existence. » Le journal anglais qui cite cette anecdote ajoute : il y a un an, lorsque l'incendie des fermes répandait la terreur dans nos campagnes, lorsque les papiers publics retentissaient du bruit de ce crime, plusieurs paysans s'accusèrent d'avoir mis le feu aux granges de leurs voisins. Il fut prouvé par des *alibi* incontestables qu'ils n'avaient pu commettre le crime dont ils s'accusaient. Saliéri, l'auteur de *Tarare*, prétendit, dans un accès d'aliénation mentale, avoir empoisonné Mozart. Ces faits, qui peuvent paraître surprenants, prouvent l'influence de l'instinct imitateur qu'on retrouve partout. (P. Lucas, *De l'imitation contagieuse. Dissertation*. Paris, 1833, in-4°.) Un homme se tue-t-il par un moyen nouveau, soyez certain que vous entendrez bientôt parler de morts semblables. L'homme qui le premier s'est fait broyer sous les roues de la puissante locomotive n'a pas tardé à avoir de nombreux imitateurs.

» La section des aliénées criminelles de Bethlem est beaucoup moins considérable que celle des hommes ; elle forme un appendice de la grande division des femmes dont elle est séparée par des grilles et des verroux. On y comptait, lors de mon passage, environ vingt personnes. Je fis remarquer au docteur Morison que plusieurs de ces détenues étaient jeunes ; il me répondit que la folie de ces infortunées était due, dans une proportion notable de cas, à l'influence de la grossesse et de l'accouchement : aussi l'infanticide figure-t-il dans les causes pour un chiffre élevé. Je me rappelai à cette occasion la belle lettre que William Hunter écrivait sur ce sujet à la Société royale de Londres. « Quiconque, dit ce grand chirurgien, veut apprécier avec justesse les actions humaines doit en mettre une grande partie sur le compte de la situation d'esprit où se trouvent ceux qui les commettent ; et voilà pourquoi la législation de tous les pays est si indulgente pour les cas de démence. On ne regarde nulle part les fous comme responsables de leur manière d'agir. Voyez ce qui se passe chez la femme qui se repent sincèrement d'avoir été faible ; elle ne peut soutenir l'idée de sa honte, et brûle de conserver sa réputation. Elle était vertueuse et estimée, elle ne se sent pas assez de courage pour attendre et avouer son infamie. A mesure qu'elle perd l'espérance ou de s'être méprise par rapport à sa grossesse, ou d'être affranchie de ses terreurs par un accident subit, elle voit tous les jours s'accroître et s'approcher le

danger ; elle est de plus en plus troublée par l'épouvante et le désespoir. Plusieurs se rendraient alors coupables de suicide, si elles ne savaient qu'une pareille action entraînerait infailliblement les recherches judiciaires qui dévoileraient ce qu'elles ont si fort à cœur de tenir secret... Souvent elles sont surprises plutôt qu'elles ne s'y attendaient ; tous leurs plans sont déconcertés ; le chagrin et les souffrances leur ôtent le jugement. Si leur affaiblissement n'est pas extrême, elles prennent la fuite au fort des douleurs, accouchent d'elles-mêmes en quelque lieu que leur effroi et leur confusion les aient portées à se réfugier, et demeurent évanouies, hors d'état par conséquent de veiller à ce qui se passe autour d'elles ; et, en recouvrant leurs esprits, elles trouvent leur enfant expiré. »

» A ce tableau si vrai de l'état moral des malheureuses filles que leur inexpérience n'a pu garantir de la séduction, nous pouvons joindre les résultats fournis par la statistique. Dans un rapport du conseil général des hospices de Paris, qui comprend dix années, depuis 1804 jusqu'en 1814, on remarque à l'article des aliénées, que le nombre de celles qui ont été reçues à la Salpêtrière a été de 2,804 ; sur ce nombre d'aliénations, 658 sont dues à l'accouchement, à ses suites, ou à ce qui le précède de plus ou moins loin. En présence d'un pareil résultat qui élève la folie de l'accouchement au quart environ de toutes les causes, de sérieuses réflexions doivent être faites par ceux qui sont appelés à décider d'une pauvre fille accusée d'infanticide.

» La doctrine de la folie dans le crime a rencontré de graves adversaires parmi les magistrats, et il faut convenir que les exagérations de quelques uns de ses défenseurs leur ont fourni des armes puissantes. Mais la vérité a commencé à se faire jour, et beaucoup d'actions, autrefois réputées criminelles et punies de mort, sont aujourd'hui considérées comme des actes de folie. — L'affaire de Jean Bouchon, dont nous avons rendu compte dans la *Gazette des hôpitaux* du 17 octobre 1846, prouve que les jurés n'hésitent plus à admettre la folie dans le crime. Ce malheureux avait égorgé ses deux enfants sous le futile motif de ne pas les laisser à des parents dont il avait beaucoup à se plaindre. L'opposition à cette doctrine n'a rien qui doive surprendre ; c'est la marche naturelle de l'esprit humain. Quand un homme plus éclairé que les autres, ou qui a mieux étudié la matière, demande une réforme, une amélioration, un progrès, il voit aussitôt s'élever contre lui ceux qui enseignent le principe contraire, le défendent ou en vivent.

» En 1670, le parlement de Rouen présentait une requête à Louis XIV pour le prier de rapporter un édit par lequel le roi exemptait du dernier supplice de pauvres insensés condamnés au feu comme sorciers. Le monarque ne fit pas droit à la requête, qui signalait les prétendus sorciers comme convaincus de crimes qui vont à la destruction de la religion et à la ruine des peuples. Encore quelques années, et les monomanes homicides seront rangés dans la catégorie des ensorcelés.

» Mais si les médecins ont démontré l'action de la folie dans ces crimes sans motifs, dans ces entraînements irrésistibles ; si les tribunaux ont déjà plus d'une fois renvoyé les accusés dans des établissements spéciaux, nous avons la conviction qu'il faudrait, dans cette circonstance, imiter la conduite de l'Angleterre, qui a créé une division spéciale à Bethlem pour ces aliénés, et se propose de construire un seul établissement pour tous les individus de cette catégorie.

» On ne peut, en effet, placer ces sortes de malades avec les autres aliénés. Leur contact n'est pas sans danger ; plus d'une fois ils ont tué leurs commensaux ; nous en avons cité un fait remarquable (*Des hallucinations*, page 559). Ils excitent les plaintes de leurs compagnons, ils en sont quelquefois l'effroi, ils deviennent un sujet de reproches de la part des familles, ils exigent des mesures de précaution qui sont autant d'entraves pour les autres, et font ressembler la division à une prison. Les fous criminels ne sont pas les seuls qui devraient être séquestrés ; on appliquerait la même mesure aux fous vagabonds que les tribunaux tantôt condamnent, tantôt envoient dans les hôpitaux. Les considérations que nous avons développées ailleurs (*Ann. d'hygiène et de médecine légale ;* De la nécessité de créer un établissement spé-

cial pour les aliénés vagabonds et criminels. 1846, t. XXXV, p. 396) nous ont engagé à proposer la création d'un établissement spécial, divisé en deux sections, dans lequel seraient renfermés tous les individus traduits pour des délits correctionnels ou des crimes, et qui seraient déclarés aliénés par les tribunaux. La décomposition des éléments du crime est une mesure aussi juste qu'équitable, et il y aurait une étrange présomption de croire que la science des criminalistes ait dit son dernier mot dans la classification des délits. Les notions du juste et de l'injuste, du bien et du mal, sont imprescriptibles comme les droits de la raison humaine, mais il est bien permis de rechercher sans cesse les causes des mauvaises actions; en diminuer le cercle, c'est combattre pour la plus noble des croyances, celle qui montre l'homme sortant pur des mains du créateur. On construit en ce moment à Bicêtre un quartier pour une trentaine d'aliénés criminels; la loge des gardiens placée au milieu permet d'exercer sur les loges et préaux une surveillance de tous les instants. Nous y reviendrons quand les aliénés seront installés.

» Ce sujet me paraissant offrir une étude pleine d'intérêt, j'ai adressé une note au docteur Morison, dans laquelle je m'exprimais en ces termes : « Pour que la science, la magistrature, la morale puissent tirer quelques fruits de l'utile création de la division des fous criminels de Bethlem, il serait indispensable d'avoir des renseignements, les plus détaillés possible, sur cette classe d'individus. Voici les points principaux sur lesquels j'appellerais votre attention.

» A quelle époque a-t-on commencé à renfermer dans des établissements spéciaux ces aliénés qu'on avait toujours regardés comme des fous criminels? Y a-t-il longtemps que la division de Bethlem existe? Depuis dix à vingt ans, quelle est la proportion des hommes et des femmes adressés chaque année dans cet établissement? Rend-on la liberté à quelques uns d'entre eux, et d'après quelles garanties? Quelles sont les différentes causes pour lesquelles ils ont été enfermés? A quel âge ont-ils commis leurs actes? Donnaient-ils des signes d'aliénation avant leur crime? Depuis qu'ils sont dans la maison ont-ils offert des signes de dérangement intellectuel? A-t-on toujours reconnu chez ces criminels une véritable folie? Avaient-ils des hallucinations? Le nombre de ceux qui avaient des hallucinations était-il considérable? Dorment-ils, en général? Ceux qui ont fait un séjour plus ou moins long dans la maison, tombaient-ils dans la démence ou l'imbécillité? Voit-on survenir chez eux les maladies intercurrentes qu'on observe chez les aliénés? A-t-on constaté des cas dans lesquels la folie ait été simulée? Les nécropsies ont-elles fait reconnaître quelques lésions spéciales? »

» Il ne serait pas moins important, ajoutais-je, de rechercher si l'hérédité de la folie existe chez un certain nombre d'entre eux; de constater les modifications que le séjour de Bethlem apporte dans leur caractère, l'influence que les moyens thérapeutiques et moraux peuvent avoir sur eux. Je n'aborde pas les nombreuses questions de psychologie auxquelles pourrait conduire cette étude, mais il y a beaucoup de remarques à faire sur les facultés, les qualités morales et affectives, les penchants. Les renseignements à prendre sur l'enfance de ces malades, leur éducation, leurs maladies antérieures, ne doivent pas non plus être omis. Je ne sais si je me trompe, mais je crois qu'il y a là matière à un travail curieux et utile. » (*Loc. cit.*)

ARTICLE XV.

Zoanthropie.

ζοος, animal; ανθροπος, homme. On a donné ce nom à la maladie des personnes qui se croient métamorphosées en un animal, et qui en imitent la voix ou les cris, les formes ou les manières. C'est ordinairement en loup, en chien et en chat, que ces individus s'imaginent être transformés; quelquefois aussi en bœuf, témoin Nabuchodonosor.

Les deux principales variétés sont la *lycanthropie* (homme-loup), et la *cynanthropie* (homme-chien).

La zoanthropie a pour caractères dominants des idées singulières et des aberrations de la sensibilité; les malades qui en ont été affectés en plus grand nombre prétendaient avoir fait des pactes avec Luci-

fer, et avoir obtenu de lui le pouvoir de se transformer en hibous, en chats ou en loups, pour se gorger plus facilement de sang et de chair. Plusieurs de ces individus s'imaginent être couverts de poils, avoir pour armes des griffes et des dents redoutables, avoir déchiré, dans leurs courses nocturnes des hommes ou des animaux, avoir sucé le sang des nourrissons au berceau, avoir commis meurtres sur meurtres. Quelques lycanthropes ont été surpris en pleine campagne marchant sur leurs mains et sur leurs genoux, imitant la voix des loups, tout souillés de boue, de sueur, haletants, emportant des débris de cadavres. On peut donc présumer que quelques uns d'entre eux ont pu immoler à leur appétit des êtres vivants; mais presque tous s'accusaient de crimes qui n'avaient jamais été en réalité commis, comme ils se vantaient d'avoir couvert des louves, d'avoir couru certaines nuits sous la forme d'un lièvre.

Les lycanthropes étaient quelquefois dans un état qui offrait quelque ressemblance avec l'extase, lorsque leur cerveau enfantait les hallucinations et les autres conceptions que nous venons de relater. Ils n'en affirmaient pas moins, après avoir recouvré l'activité des sens, qu'ils n'avaient point rêvé, qu'ils avaient parcouru les montagnes et les précipices pour y relancer leur proie, qu'ils se sentaient harassés de fatigue.

La zoanthropie a régné successivement dans beaucoup de contrées; elle s'y est souvent manifestée sur un certain nombre de malades à la fois: les pays déserts et à demi sauvages ont été surtout le théâtre de cette espèce de folie.

Un fait qu'il est important de noter, c'est qu'un grand nombre de ces lycanthropes, qu'on désignait sous le nom de loups-garoux, dévoraient des enfants, se jetaient sur des grandes personnes, en un mot présentaient les symptômes de la monomanie homicide. Ainsi on lit dans l'ouvrage de Henry Boguet: *Discours des sorciers*, Lyon, 1403, p. 161, que la nommée Pierre Gandillon, se croyant changée en louve et courant à quatre pattes dans la campagne, se jeta sur une petite fille, dont le frère, âgé de quatorze ans, était occupé à cueillir des fruits. Ce jeune garçon défendit avec courage les jours de sa sœur; mais par hasard Pernette s'emparant d'un couteau qu'il tenait à la main, lui porta à la gorge un coup qui devint promptement mortel. Le peuple mit la femme lycanthrope en pièces.

Nous n'avons cité qu'un fait, nous aurions pu en rapporter un assez grand nombre qui avaient lieu à cette époque dans le Jura, mais il suffit pour établir que l'instinct du meurtre n'est point nouveau chez les fous, et que c'est à tort que quelques personnes, bien intentionnées sans doute, mais fort peu érudites, ce qui est fort commun, ont prétendu que la monomanie homicide était une maladie nouvelle. Outre les sources citées, on peut consulter, sur cet intéressant sujet, l'ouvrage fort curieux de M. Calmeil, ayant pour titre : *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, historique et judicieux, description des grandes épidémies de délire, exposé des condamnations auxquelles la folie, souvent méconnue, a donné lieu*, 2 vol. in-8°, Paris, 1845. On observe encore maintenant des aliénés qui imitent le cri des animaux et qui se croient changés en chien, en loup, en chat.

ARTICLE XVI.

Monomanie démonomaniaque. (*Démonomanie*).

La souffrance étant le partage de l'humanité, les idées tristes ont dû prédominer de tout temps. De la tristesse à la crainte, à l'effroi, il n'y a que des nuances. Ces sentiments inspirèrent, dès le premier âge, une sorte de mélancolie religieuse, dépendante des plus lugubres terreurs nées avec le monde. La *mélancolie religieuse* fut, de toutes aliénations mentales, la plus générale et la plus répandue. L'ascétisme exagéré, qui n'est qu'une nuance de cette forme de l'aliénation, a été très bien décrit par M. Leuret dans ses *Fragments psychologiques*.

Lorsque le dogme des mauvais esprits, des anges déchus, des démons eut prévalu parmi les chrétiens, il remplaça les frayeurs causées par les furies, les Euménides. Le moyen âge est rempli d'histoires de sorciers, de possédés, de démonomaniaques.

Cette forme de la folie est loin d'être aujourd'hui aussi commune; mais si on l'observe rarement à Paris, elle est beaucoup plus fréquente dans les provinces. M. Macario en a cité plusieurs exemples dans les *Annales médico-psychologiques*, et depuis plusieurs années nous en avons observé quelques cas dans certains établissements.

Esquirol avait proposé de faire deux divisions des individus que les idées religieuses ont rendus fous: dans la première (*théomanie*), il rangeait les aliénés qui se croient Dieu, qui s'imaginent avoir des entretiens, des communications intimes avec le Saint-Esprit, les anges, les saints, qui prétendent être inspirés, avoir reçu une mission du ciel pour convertir les hommes; dans la seconde (*cacodémonomanie*), il plaçait les infortunés qui se croient possédés du diable, ou qui craignent d'être damnés et dévoués aux feux de l'enfer.

Les causes de la démonomanie sont, comme celles de la folie, morales et physiques. Une mauvaise éducation, le fanatisme religieux, la vie ascétique, de fausses idées sur la justice divine, la crainte exagérée du diable, de la damnation, de l'enfer, sont autant de causes plus ou moins éloignées de cette maladie.

Les causes individuelles et prochaines de la démonomanie sont les mêmes que celles de la mélancolie. Une vive commotion morale, une frayeur, la crainte d'avoir reçu un sort, un regard affecté ou menaçant, une prédication véhémente, la force de l'émotion, suffisent pour faire éclater l'accès. Le veuvage, le temps critique, les frictions sur le corps, des suppositoires préparés avec certaines substances, des breuvages composés de substances enivrantes ou narcotiques, telles sont les causes physiques. L'hérédité est signalée parmi les causes de possession. L'âge le plus favorable à la possession est de quarante-cinq à cinquante ans. Les femmes y sont plus prédisposées. Le tempérament mélancolique est celui de la plupart des démonomaniaques; une constitution nerveuse, une imagination facile à exalter, un caractère pusillanime, sont éminemment favorables à cette espèce de monomanie.

En examinant les symptômes que présentent les démonomaniaques, on voit qu'ils sont absolument semblables aux signes de possession indiqués par les auteurs.

L'accès éclate ordinairement tout à coup; sa durée est plus ou moins longue, sa guérison très douteuse. La démonomanie se termine par la démence, la manie, les convulsions, ordinairement par la mort.

Les démonomaniaques sont maigres; ils ont le teint jaune, hâlé, la physionomie inquiète, le regard soupçonneux, les traits de la face crispés. Ils ne dorment point, mangent peu, souvent en cachette; ils sont constipés, marchent beaucoup, sentent un feu intérieur qui les dévore; ils croient être entourés des feux de l'enfer qu'eux seuls aperçoivent; ils se plaignent de leur sort en gémissant; ils cherchent à faire du mal à ceux qui les entourent. Par moments, ils ont des accès de fureur.

Les démonomaniaques exhalent une odeur très forte. Les femmes sont sujettes à mille accidents hystériques. Comme tous les mélancoliques, les démonomaniaques ont des hallucinations, des illusions, des sensations; les uns croient être le diable; les autres croient avoir le diable dans le corps qui les pince, les mord, les déchire, quelques uns l'entendent parler; ils conversent avec lui; il leur conseille des crimes, des meurtres, des incendies; il les provoque aux obscénités les plus révoltantes, aux blasphèmes les plus impies; il les menace, les frappe s'ils n'obéissent à ses ordres. Il en est de même des illusions de la vue, du toucher. Les uns pour se rendre au sabbat ont un balai entre les jambes; les autres sont montés sur un âne, un bouc, un chien. Quelques femmes l'ont vu sous la forme d'un beau jeune homme.

Le marmottement continuel de quelques possédés se retrouve chez les mélancoliques, surtout chez ceux qui sont tombés en démence. L'opiniâtreté qu'ils avaient dans leurs croyances appartient aussi à la mélancolie. Le sommeil dans lequel tombaient quelques individus soumis à la question, était la preuve la plus forte de possession. On ne savait point alors que l'excès de la douleur provoque un sommeil insurmontable. Les fauteurs du supplice des possédés recommandent d'interroger

ces infortunés dès qu'ils sont arrêtés, parce qu'ils confessent tout alors. Qui peut méconnaître ici les effets d'une impression vive et forte?

Quelques possédés ne pouvant supporter les maux qu'ils éprouvaient, menaçaient de se tuer, marchaient gaiement au supplice. Ce symptôme n'est-il pas commun à beaucoup de mélancoliques qui préfèrent mille fois la mort aux inquiétudes qui les tourmentent?

Les possédés étaient pris de mouvements convulsifs, lorsque le début était très intense ; quelques uns devenaient maniaques, enragés, et mouraient. Toutes les convulsions des démonomaniaques ne sont autre chose que les symptômes nerveux auxquels sont exposés les hystériques, les hypochondriaques, les épileptiques.

Dans son article *Démonomanie*, auquel nous avons emprunté tous les matériaux de cet article, Esquirol signale une variété de démonomanie dans laquelle les aliénés, frappés des terreurs de l'enfer, croient être damnés ; ce sont des personnes dont l'esprit est faible, timide, craintif (nous en avons vu de fort spirituelles et de très sensées) ; dont le cœur est droit et pur, dont les convictions sont profondes, qui croient avoir commis des fautes, des crimes. Ils sont désespérés, ils ne voient ni le diable ni l'enfer, mais ils redoutent la damnation, et sont convaincus qu'ils iront en enfer. Ils s'imposent des mortifications plus ou moins outrées, plus ou moins bizarres pour prévenir leur destinée.

Un caractère pusillanime, l'exagération, l'ignorance des vrais principes religieux, la lecture des livres propres à asservir l'esprit, le temps critique, la masturbation, les revers de fortune, sont les causes les plus fréquentes de cette variété qui n'est pas aussi rare que la démonomanie.

L'impulsion au meurtre et au suicide est très à redouter chez les individus qui craignent la damnation et l'enfer.

Le traitement de la démonomanie et de la monomanie homicide ne diffère point de celui de la mélancolie. Toutes ces formes tristes sont très heureusement influencées par la vie de famille. L'assistance des ministres de la religion a rarement été suivie de succès et très souvent elle a aggravé la maladie. Reil indique un grand nombre de moyens ; ils se réduisent tous à ce principe général : frapper vivement l'imagination des aliénés, pour les subjuguer et s'emparer ensuite de leur confiance et de leur esprit ; on combattra une passion par une passion. Le traitement pharmaceutique, ainsi que le régime, dépend de la connaissance des causes.

A la démonomanie se rapporte comme sous-variété la *zoanthropie*, qui fait croire au lypémaniaque qu'il est changé en bête.

Il est assez commun de rencontrer des aliénés qui se persuadent qu'on leur a jeté un sort qui cause toutes les douleurs qu'ils souffrent ; ils sont un objet d'horreur, disent-ils, et ils doivent s'éloigner du monde. Ce travers d'esprit se montre surtout dans les campagnes.

La démonomanie est quelquefois épidémique ; comme toutes les maladies nerveuses, elle se propage par une sorte de contagion morale et par la force de l'imitation. Dans le XIVe siècle, le *mal des andous*, sorte de démonomanie, affligea la Hollande, la Belgique, l'Allemagne.

En 1552 ou 1254, il y eut, à Rome, une épidémie de possédés qui s'étendit à 84 individus. L'histoire du moyen âge est remplie de faits semblables, dont plusieurs ont encore été observés à des époques très rapprochées de nous. (Esquirol, *Maladies mentales*, t. II, p. 482 ; Macario, *Annales médico-psychologiques*, 1846. Calmeil, *De la folie*, etc., *ouv. cit.*)

ARTICLE XVII.

Monomanie kleptomaniaque. (Monomanie du vol.)

La monomanie du vol, klopemanie de Mathey (*Recherches nouvelles sur les maladies de l'esprit*), est fort commune parmi les aliénés. Des personnes aisées, riches, estimées, volent sans nécessité des objets ridicules, qui n'ont point de valeur. On a cité l'observation d'un médecin qui remplissait ses poches de tout ce qu'il trouvait chez ses clients ; sa femme faisait chaque soir la revue de ses acquisitions forcées et les renvoyait aux personnes auxquelles elles appartenaient. Les femmes enceintes sont fréquemment entraînées par ce penchant. Les journaux ont fait connaître, il

y a peu de temps, l'histoire d'une jeune fille qui dérobait à ses maîtres tous les objets qui lui tombaient sous la main, et allait ensuite les jeter dans les lieux d'aisances, ou sous les portes cochères des voisins. (*Archives génér. de méd.*, t. IX, 3e série, p. 419.)

Nous avons vu, et nous voyons tous les jours, dans les établissements, des aliénés qui volent. Chez les uns, ce désordre est raisonné; chez d'autres, il est instinctif. Plusieurs, en s'emparant du linge, le démarquent et soutiennent qu'il leur appartient. Parmi ces voleurs, il en est qui sont poussés par le seul désir de nuire, ils jettent les objets dans les lieux d'aisances ou par dessus les murs; d'autres se font un malin plaisir de faire chercher les objets. Il en est chez lesquels cette manie est si invétérée qu'on est obligé de les fouiller chaque jour; cette épreuve quotidienne ne les empêche pas de recommencer tous les jours de l'année. Nous avons vu une dame qui s'emparait des vêtements, parures, appartenant à d'autres dames, les dénaturait ou les convertissait à son usage; et lorsqu'on lui prouvait qu'elle avait volé, elle se mettait à rire, disait que c'était pour faire une niche; mais si on ne s'en apercevait pas, elle les conservait pour elle.

Certains aliénés dérobent grossièrement tout ce qu'ils trouvent; d'autres le font avec adresse. Une jeune personne s'emparait de ce qu'elle voyait, l'avouait, priait Dieu de la guérir et recommençait sans cesse. Mathey cite un employé du gouvernement, à Vienne, qui ne volait que des ustensiles de ménage.

La kleptomanie est commune chez les individus atteints de paralysie générale. Persuadés que tous les objets leur appartiennent, ils n'hésitent pas à s'en emparer. Nous avons vu, pendant plus d'un an, un ancien employé du roi, qui avait été arrêté volant un poignard à la devanture d'une boutique; l'interrogatoire ayant fait reconnaître un trouble dans ses facultés, il fut conduit dans un établissement; pendant tout le temps de son séjour, il ne cessa de voler les mouchoirs, les livres, les couverts d'argent de ses commensaux; à chaque instant il fallait le fouiller, et le soir on trouvait encore ses poches remplies. Une dame atteinte de paralysie générale, prenait ce qu'elle trouvait et le cachait dans sa paillasse ou entre ses matelas. Nous avons été consulté pour un officier ministériel, qui, plusieurs années avant d'être enfermé en maison de santé, volait les objets qui lui plaisaient; il était également atteint de paralysie générale.

La monomanie du vol existe fréquemment avec d'autres formes de l'aliénation.

Esquirol a cité l'observation d'un de ses malades qui avait cette déplorable habitude. D'accord avec le maître de l'établissement où il allait fréquemment, il lui fit faire une scène publique qui produisit sur lui une si vive impression qu'il fut complétement guéri de sa manie.

Les aliénés paralytiques n'offrent aucune chance de guérison, il faut les surveiller; il en est de même de la plupart de ceux qui ont ce singulier penchant.

ARTICLE XVIII.

Monomanie incendiaire.

La monomanie incendiaire, *pyromanie* de Marc, a été mise hors de doute dans ces dernières années par plusieurs procès d'où les individus ont été renvoyés comme fous. Il existe, sans doute, des cas difficiles; mais ne vaut-il pas cent fois mieux faire placer dans une division spéciale, comme nous l'avons proposé ailleurs pour les fous criminels et vagabonds, un coupable douteux, que de flétrir un pauvre insensé?

Les aliénés, par suite du délire, ou pour se procurer la liberté, ou pour satisfaire leur vengeance, mettent le feu à la maison qu'ils habitent. Il y a vingt ans environ, un mélancolique parvint à introduire un charbon dans sa paillasse; lorsque nous pénétrâmes dans sa chambre, dont il avait fallu briser la porte, nous le trouvâmes assis tranquillement sur son lit au milieu des flammes et de la fumée. Il nous dit qu'il avait mis le feu, parce qu'il voulait s'en aller chez lui et qu'on le retenait prisonnier.

Les monomaniaques obéissent à des hallucinations, à des illusions, à des idées fixes, qui les déterminent à mettre le feu, comme d'autres sont déterminés à tuer leurs semblables ou à se tuer eux-mêmes. Jonathan Martin, le frère du peintre anglais, incendia la cathédrale d'York, parce qu'un ange lui avait ordonné, de la part de Dieu, de mettre le feu à l'église. Plat-

ner (*Questiones medicinæ forensis*, Lipsiæ, 1824, in-8) rapporte que la servante d'un paysan avait deux fois mis le feu, excitée par une voix intérieure, dont elle était constamment obsédée, qui lui ordonnait d'incendier et de se détruire ensuite.

Les déments, ainsi que les idiots, par absence de discernemement ou par incurie, sont quelquefois incendiaires. Des criminels ont souvent abusé de la faiblesse des idiots, pour accomplir leur funeste dessein.

Dans ces diverses catégories, les individus sont entraînés par une passion, par le désordre ou la faiblesse des facultés intellectuelles. Quelques uns ont des hallucinations, la plupart obéissent à une impulsion plus ou moins forte, à des motifs plus ou moins plausibles, et leur folie peut être jusqu'à un certain point classée parmi les monomanies raisonnantes. D'autres incendiaires sont mus par une impulsion instinctive, indépendante de leur volonté. Cette dernière variété rentre dans la manie sans délire de Pinel, dans la monomanie sans délire d'Esquirol. Hencke rapporte, dans le VII[e] volume de ses *Annales*, qu'une servante, revenant de la danse où elle s'était très échauffée, fut saisie tout à coup d'impulsion incendiaire. Après trois jours d'anxiété, elle céda. Cette fille déclara qu'elle ressentit, en voyant le feu, une joie telle qu'elle n'en avait jamais éprouvé de semblable.

La monomanie incendiaire instinctive est plus fréquente que la raisonnante ; elle est presque toujours liée à l'existence d'une autre monomanie et a été plusieurs fois observée avec le délire religieux.

En Allemagne le nombre des femmes incendiaires est double de celui des hommes; Marc (*De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, Paris, 1840, t. II, p. 304) a trouvé le contraire en France, ce qu'il attribue à la différence du climat, des mœurs, des habitudes, surtout chez les habitants des campagnes. Les médecins allemands ont aussi constaté que les incendies étaient plus fréquemment commis par de jeunes filles de neuf, douze, quinze, dix-huit ans que par des filles d'un âge plus avancé. Hencke attribue cette disposition à l'arrêt et au trouble de développement des phénomènes physiques et moraux de la puberté.

La monomanie incendiaire, quoique prouvée par les médecins, a besoin de nouvelles recherches.

Il n'est point sans intérêt de faire la remarque que l'imitation paraît avoir déterminé plusieurs fois la pyromanie. Les auteurs du *Compendium* ont appelé l'attention sur ce point. L'imitation a une action déterminante fort remarquable sur certaines monomanies raisonnantes et instinctives. Nous avons cité la pyromanie, la monomanie religieuse, l'érotomanie, la monomanie suicide, la monomanie homicide, qui sont les formes de folie qui se propagent le plus ordinairement par l'influence de cette cause. L'imitation s'exerce de différentes manières : tantôt c'est par voie *d'épidémie;* dans ce cas, les idées qui constituent l'objet de la folie se généralisent, deviennent prédominantes pendant une époque plus ou moins longue, entrent dans les mœurs, et la maladie atteint un nombre considérable d'individus. Les monomanies épidémiques sont raisonnantes; les monomanies religieuses, érotiques et suicides, sont celles qui se développent le plus fréquemment de cette manière. D'autres fois, l'imitation est *contagieuse :* la folie est raisonnante ou instinctive, et n'atteint qu'un petit nombre d'individus ; la pyromanie et la monomanie homicide se propagent surtout par cette voie. L'imitation contagieuse se produit dans des circonstances diverses. Quelquefois c'est l'exemple qui la fait naître : un aliéné voit tuer un cochon, il va égorger un homme (Gall, *Sur les fonctions du cerveau*, t. IV, p. 199); un homme assiste au supplice d'un criminel, il est saisi tout à coup du désir le plus véhément de tuer.

La publicité donnée à certains actes, les narrations que l'on en fait, éveillent souvent le désir d'en commettre un semblable. Esquirol, M. Brierre (*Observations médico-légales sur la monomanie homicide*, 1827), M. Lucas (*Sur l'imitation contagieuse*, thèse de Paris, 1833), rapportent des exemples qui ne permettent aucun doute à cet égard.

D'autres fois ce désir est éveillé par une circonstance fortuite. Une dame d'un rang très élevé, ayant eu la curiosité de visiter le lieu où Papavoine avait commis son crime, fut prise, à l'instant même, de mo-

nomanie homicide. (Bertrand, *Globe*, t. IV, p. 4.)

ARTICLE XIX.

Monomanie érotomaniaque.

L'amour étant un épisode dans la vie des hommes et toute une histoire dans celle des femmes, il n'est pas surprenant que cette passion occupe un rang important dans leurs aliénations. Aussi est-il ordinaire de rencontrer beaucoup plus de femmes que d'hommes qui parlent sans cesse de l'objet aimé, l'appellent à haute voix. Une jeune demoiselle apercevait son ami dans les nuages, au milieu des anges. Une autre le voyait dans toutes les figures des personnes qui l'approchaient. Une jeune dame, que nous avons vue à plusieurs années de distance, s'est montrée chaque fois éprise du même objet.

L'*érotomanie*, délire érotique, mélancolie amoureuse, a été définie par Esquirol, un amour excessif, tantôt pour un objet réel, tantôt pour un objet imaginaire. L'imagination seule est lésée; il y a erreur de l'entendement. L'érotomanie est à la nymphomanie et au satyriasis, ce que les affections vives, mais honnêtes du cœur sont au libertinage effréné; il ne faut pas croire cependant, comme l'a dit Esquirol, que l'érotomane ne désire, ne songe pas même aux faveurs qu'il pourrait espérer de l'individu aimé. Nous avons plusieurs fois observé des femmes bien élevées qui auraient facilement succombé, si on ne les avait complétement isolées.

Dans l'érotomanie, les yeux sont vifs, animés, le regard passionné, les propos tendres, les actions expansives; mais ceux qui en sont affectés ne sortent jamais des bornes de la décence. Ils se rendent esclaves de la personne aimée, sont en extase, contemplent ses perfections souvent imaginaires, se désespèrent par l'absence; le retour les comble de joie. Leur activité musculaire est alors augmentée, mais elle est convulsive; ils parlent beaucoup et toujours de leur amour. Ils sont sujets à des illusions, à des sensations.

La nuit, le jour, les érotomaniaques sont poursuivis par les mêmes idées, par les mêmes affections, qui sont d'autant plus cruelles qu'elles s'irritent de toutes les passions; ces malades méprisent les conversations sociales, ils sont capables des choses les plus extraordinaires, les plus difficiles, les plus bizarres.

Quelquefois les érotomanes ne déraisonnent pas; ils sont tristes, mélancoliques, sombres, taciturnes; ils tombent dans la *fièvre érotique* de Lorry, dont la marche est plus ou moins aiguë, la terminaison plus ou moins fâcheuse. On distingue cet état de la chlorose, en ce que dans l'érotomanie le visage prend un ton animé, le pouls devient fréquent, plus fort, convulsif à la vue de l'objet aimé, ou seulement en entendant prononcer son nom ou parler de lui. Dans la manie hystérique, les idées amoureuses s'étendent à tous les objets propres à les exciter.

Lorsque l'érotomanie n'a pas cette terminaison prompte, le délire s'étend à un plus grand nombre d'idées, devient général et finit avec le progrès de l'âge par dégénérer en démence, dans laquelle on retrouve encore les premiers éléments du désordre intellectuel. L'érotomanie, comme toutes les mélancolies qui semblent n'être que l'extrême d'une grande passion, conduit au suicide en produisant le désespoir ou la certitude de n'obtenir jamais l'objet aimé. Les miracles attribués au saut de Leucade prouvent, dit Esquirol, que les anciens regardaient l'érotomanie comme une véritable affection nerveuse qui pouvait se guérir par de vives secousses morales. Ils prouvent encore que de tous les temps le suicide a été une des terminaisons de l'érotomanie.

La mélancolie amoureuse se complique avec la manie; elle donne lieu à la chlorose, souvent à l'onanisme, à l'hystérie, au satyriasis, à la nymphomanie, car, dit Lorry (*De melancholia*, Paris, 1765, 2 vol. in-8), la fièvre érotique s'accompagne d'une sorte d'éréthisme des organes de la génération.

L'érotomanie a été signalée chez tous les peuples. Cervantès a donné la description la plus vraie de cette maladie presque épidémique de son temps.

Les causes de l'érotomanie sont les mêmes que celles de la monomanie. Les jeunes gens, surtout les jeunes personnes qui ont un tempérament nerveux, une imagination vive, ardente, dominée par l'amour-propre, l'attrait des plaisirs, l'inoc-

cupation, la lecture des romans, une éducation vicieuse, sont les plus exposés à cette maladie.

Lorsque l'érotomanie n'est point fixée, qu'elle porte sur un objet imaginaire, qu'elle n'est qu'une complication de la folie, on doit recourir aux bains tièdes prolongés, aux boissons délayantes, au petit lait nitré ou au lait d'ânesse, aux chicoracées, au régime végétal, aux laxatifs; l'isolement, les distractions, les voyages, un travail manuel, doivent concourir au succès du traitement. Des secousses morales sont aussi fort utiles. Le mariage ne pourrait être d'un secours efficace qu'autant que l'objet de la passion serait connu. Lorsque la cause est ignorée, il faut user de ruse pour la découvrir; quelquefois une nouvelle affection détruit la première.

La *nymphomanie*, qu'on a aussi appelée utéromanie, fureur utérine, a de nombreux points de contact avec l'érotomanie dont elle diffère cependant par plusieurs points essentiels.

Les approches de la puberté, celles du temps critique paraissent favorables à sa manifestation. Nous l'avons cependant observée chez de jeunes femmes qui étaient éloignées de ces deux époques. Il n'est pas rare de rencontrer la nymphomanie chez des femmes dont le tempérament nerveux est prédominant, qui, à des muscles très prononcés et peu pourvus de tissu cellulaire, joignent un système pileux abondant et fortement coloré en noir, des yeux de la même couleur, grands et vifs; de petites moustaches, une physionomie expressive et mobile, des attributs sexuels très saillants. Plusieurs fois on a trouvé le clitoris très développé.

Le virus dartreux, en se fixant sur les organes sexuels, peut donner lieu à la nymphomanie; cette maladie peut être un symptôme ou une complication des maladies de la peau : ainsi on observe quelquefois la nymphomanie et le priapisme chez les personnes de l'un et l'autre sexe affectées de lèpre, d'éléphantiasis, etc.

Les vers ascarides, la suppression subite des règles, d'une évacuation quelconque, déterminent quelquefois les mêmes accidents.

On observe la nymphomanie chez les femmes qui sont privées des plaisirs de l'amour, surtout quand leur tempérament paraît en réclamer l'usage. On la rencontre aussi, mais bien plus rarement, chez des femmes mariées, jouissant du privilége de l'hymen et même en usant avec excès. Cette circonstance peut tenir à des causes qu'il est utile de rechercher.

Le mode d'éducation, le genre de vie, les habitudes, surtout si l'imagination est ardente et déréglée, le régime, certains médicaments enfin, excitent les sens et les désirs. Les frictions et les flagellations réitérées sur le bassin sont susceptibles des mêmes résultats.

Les climats, les saisons doivent également être pris en considération. Hérodote, en parlant de l'Égypte, dit : « Ægyptiacas feminas veneris in tantum famelicas » esse, ut cum hircis rem habeant. » Le témoignage d'Améric Vespuce relatif aux femmes du Nouveau-Monde, vient à l'appui de cette opinion : « Ad quandam novi » orbis oram appulit, ubi mulieres libidini » adeo erant devinctæ, ut, bacchantum » more, in nautas furerint. » On lit dans les *Éphémérides des curieux de la nature*, qu'une jeune femme, atteinte de nymphomanie, était extrêmement salace du commencement à la fin du printemps; à cette époque, elle répandait une odeur de bouc. Cette lubricité était en quelque sorte héréditaire.

Le plus souvent, la femme qui éprouve les premières atteintes de cette vésanie, s'efforce de les repousser, à moins qu'elle ne vienne compliquer une autre forme de l'aliénation. Dans ce cas, elles sont taciturnes, dissimulées, tristes et rêveuses, mais le praticien expérimenté ne tarde pas à reconnaître la vérité. Souvent alors les malades cherchent la solitude et s'y abandonnent à la masturbation. Il y a fréquemment, avec ces symptômes, un état de spasme, une tension avec prurit dans les organes de la génération; il survient des douleurs sourdes, des lassitudes vers les lombes, des chaleurs vers l'abdomen et aux reins, et enfin des leucorrhées ou écoulements de diverses natures.

Gall a donné, comme symptôme constant de la nymphomanie, un sentiment de chaleur douloureuse à la nuque, que d'autres médecins n'ont jamais rencontré.

Quand la maladie n'est point arrêtée,

les désordres s'aggravent, la femme se livre sans réserve à toute l'impétuosité de ses sens. A la vue d'un homme, tout son être s'anime; elle prodigue les soupirs, les avances, les regards, les attitudes. Louyer-Villermay dit : Autant, en général, les nymphomanes recherchent la société des hommes, autant elles montrent d'éloignement pour celle des femmes. Nous pensons que, dans ce cas, Louyer a été plutôt écrivain qu'observateur, car nous avons vu et nous avons sous les yeux une nymphomane qui, faute d'homme, s'adresse à ses gardiennes. Ces accidents augmentent ordinairement à chaque époque menstruelle.

Dans le dernier degré de la nymphomanie, toute contrainte a cessé; nous avons donné des soins à une dame d'une naissance distinguée, qui s'échappait de chez elle pour se prostituer aux hommes de la dernière classe. Esquirol rapporte l'observation d'une jeune personne qui l'appela un soir dans une de nos rues les plus mal famées de Paris. L'ayant reconnue pour une de ses pensionnaires, il lui demanda ce qu'elle faisait dans un pareil lieu. *Je me guéris*, lui répondit-elle. Ce médecin célèbre nous termina l'anecdote, en disant qu'elle avait en effet très bien guéri, qu'elle s'était mariée et avait eu plusieurs enfants.

Lorsque la maladie a atteint cette dernière période, tous les traits de la physionomie sont dans le désordre et l'agitation. La malade est souvent dévorée par une soif intense; la bouche est sèche, brûlante, l'haleine fétide, la salive épaissie forme écume; elle grince des dents et cherche à mordre. On a remarqué parfois un sentiment de strangulation des plus violents, et l'horreur de l'eau ou des liquides.

Les nymphomanes sont alors ordinairement insensibles aux intempéries de l'air; elles négligent les soins de propreté, répandent souvent une odeur semblable à celle des aliénés. Tôt ou tard l'appétit se perd, la soif augmente, une chaleur générale se manifeste. Le ventre devient paresseux, les urines sont épaisses et peu abondantes; les nuits se passent dans une agitation extrême, l'imagination n'offre que des images luxurieuses. Plusieurs s'abandonnent à l'onanisme. Les grandes lèvres et le vagin se gonflent et deviennent parfois le siége d'un écoulement plus ou moins abondant; d'autres fois les parties paraissent saines, mais le moindre attouchement suffit pour y déterminer un état général de spasme.

La mort peut survenir à la suite des collapsus qui succèdent aux violents accès de nymphomanie; elle a lieu avec l'appareil ordinaire aux maladies aiguës les plus violentes, ou aux affections chroniques.

Les climats chauds rendent la maladie plus longue, plus violente ou plus rebelle. L'habitude de l'onanisme ajoute souvent des accidents locaux au désordre général. Parmi les maladies qui s'associent quelquefois à la fureur utérine, il faut noter particulièrement l'hystérie. La mélancolie avec penchant au suicide peut aussi s'associer à la nymphomanie.

Mademoiselle..., née dans l'aisance, fut élevée dans les principes religieux les plus rigides. A l'âge de seize ans elle devint nymphomane, et se fit prostituer gratis. Deux ans après, de désespoir, elle mit un terme à son existence. Nous en avons un autre exemple sous les yeux.

La nymphomanie peut se terminer par les seuls effets de la nature. Rienville assure l'avoir vue se dissiper par des ménorrhagies et par d'autres hémorrhagies. Louyer admet aussi des phénomènes critiques. La nymphomanie cède le plus ordinairement aux efforts de l'art.

L'anatomie pathologique n'a rien appris sur la nature de la lésion; car si dans plusieurs cas, on a trouvé les ovaires, les trompes, l'utérus, malades, enflammés, le grand nombre de circonstances où ces lésions existaient, sans qu'il y eût signe de nymphomanie, ne permettent pas de les regarder comme propres à cette affection.

Le mariage ou la satisfaction des désirs peut quelquefois guérir la nymphomanie. Nous avons rapporté, à ce sujet, l'observation d'Esquirol; mais il est certain que l'union des sexes ne saurait convenir dans tous les cas, et que ce moyen serait insuffisant et même nuisible. Chez quelques femmes la nymphomanie ne cède qu'à un état de grossesse.

Paracelse nous a transmis l'histoire d'une femme qui ne jouissait de son entière

raison que quand elle était enceinte; alors seulement elle se faisait remarquer par sa décence et sa pudeur. Aussitôt après son accouchement, elle devenait dissolue, entreprenante, et suppliait sans honte qu'on satisfît son ardeur. Mathias de Grado a également connu une dame sujette à cette maladie qui en était délivrée aussitôt qu'elle avait conçu.

Au début de la maladie, les boissons froides, à la glace, les sirops d'orgeat, de limon, de groseilles doivent être prescrits. Les bains de siége, les bains prolongés, les irrigations, les affusions froides, les douches offrent les ressources les plus précieuses.

Les émissions sanguines générales ou locales conviennent quand il y a pléthore évidente ou suppression des menstrues; mais il faut être réservé sur l'emploi de ce moyen, car les maladies nerveuses s'aggravent plutôt qu'elles ne s'améliorent par la soustraction du sang.

Si la maladie est ancienne, si les forces sont épuisées, on prescrira les légers toniques unis aux antispasmodiques ou aux narcotiques; quand une affection dartreuse a déterminé la nymphomanie, on a recours aux remèdes appropriés.

L'amputation du clitoris a été pratiquée avec succès dans des cas où l'onanisme n'avait pu être empêché par aucun procédé. M. le docteur Manec a eu occasion de couper, dans un cas semblable, les nerfs qui vont au clitoris, et cette opération a eu le résultat désiré.

Le traitement moral est celui des diverses monomanies. L'isolement est ici d'une nécessité indispensable. L'histoire du satyriasis rentre jusqu'à un certain point dans celle de la nymphomanie.

ARTICLE XX.

Stupidité.

Il existe des aliénés qui, semblables à des statues, paraissent ne rien comprendre à ce qui se passe autour d'eux; l'œil fixe, la bouche béante, on les prendrait pour des déments ou des idiots. Georget avait donné le nom de *stupidité* à ce genre particulier de folie, qu'Esquirol a considéré comme une variété de la démence (*démence aiguë*), et M. Baillarger comme le plus haut degré d'une variété de la mélancolie.

M. Etoc, dans l'excellente dissertation qu'il publia en 1843 sur cette maladie (*De la stupidité chez les aliénés*, in-4°. Paris, 1843), avait remarqué que, chez ces aliénés, il y avait des hallucinations, mais qu'elles étaient confuses et comme voilées. M. Baillarger a donné des détails beaucoup plus circonstanciés sur les erreurs de sensations qu'on observe chez les aliénés stupides (*De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité. Ann. méd.-psych.*, n°s 1 et 2. Paris, 1843). Tout se transforme autour d'eux. Ils sont en proie à des hallucinations et à des illusions de toute espèce, habitent un désert, une maison de prostitution, un pays étranger, se croient aux galères, en prison. Il en est qui prennent une salle de bains pour l'enfer, des baignoires pour des barques, un vésicatoire pour la marque des forçats, des aliénés pour des morts ressuscités, des prisonniers, des filles publiques, des soldats déguisés, des femmes pour des hommes.

Les figures que d'autres voient sont hideuses, menaçantes; il leur semble que tout le monde est ivre. Ils aperçoivent autour d'eux des voitures chargées de cercueils, leurs parents au milieu de supplices, une ombre, des cratères, des abimes sans fond, des trappes de souterrain.

Ceux-ci entendent des mots effrayants; on les menace de les tuer, de les brûler; on leur dit des injures; leur lit est rempli de bruits de cloches, de tambours; des détonations d'armes à feu éclatent autour d'eux; leurs parents luttent avec des ennemis, implorent leurs secours. Ceux-là sont interrogés sur toutes les actions de leur vie, et ils répondent; ils entendent une mécanique avec laquelle on torture les enfants; leurs corps sont traversés par des balles, leur sang coule dans la terre; ils ont sur la poitrine quelqu'un qui les étouffe. Les hallucinations sont presque toujours compliquées d'illusions.

Toute cette fantasmagorie n'est connue qu'après la guérison, car pendant l'accès les malades sont comme des automates, ne répondent point, restent où on les place, sont malpropres; on est obligé de les traiter comme des enfants, de les habiller, de les changer, de les nettoyer.

L'anatomie pathologique a fait connaître qu'il y avait un œdème du cerveau, auquel M. Scip. Pinel, qui attache beaucoup d'importance aux lésions cérébrales, a attribué la stupidité, ce qui est la reproduction de l'opinion de M. Etoc Demazy.

Cette forme de la folie est continue, elle peut être intermittente ; nous voyons en ce moment une jeune personne qui travaille bien toute une journée, et retombe dans sa stupidité le jour suivant.

Les dérivatifs extérieurs conviennent surtout dans cette forme de l'aliénation mentale ; le séton au cou, le vésicatoire au bras, les boutons de feu à la région cervicale nous ont plusieurs fois réussi. En 1826, nous vîmes dans la maison de santé de M. Marcel Sainte-Colombe un jeune homme qui restait immobile, ne disait pas une parole, avait la figure d'un imbécile ; nous lui appliquâmes un large vésicatoire à la nuque. A peine la suppuration eut-elle commencé qu'un mieux sensible se manifesta, le malade semblait renaître à la vie commune ; le vésicatoire s'étant séché, il retomba dans son immobilité première ; un nouveau vésicatoire lui rendit la raison. Il faut veiller à l'état des voies digestives, nourrir le malade, lui faire faire quelques tours de promenade, avoir soin qu'il ne se cache pas dans quelque lieu obscur où il pourrait prendre froid.

ARTICLE XXI.

Monomanie raisonnante.

Il existe une variété de la folie dans laquelle l'intelligence paraît saine, quoique la conduite soit désordonnée ; cette variété a été successivement appelée : *manie raisonnante* (Pinel), *folie raisonnante*, *folie morale* (Prichard), *folie d'action* (Brierre), *monomanie raisonnante* (Esquirol).

Les individus qui en sont atteints trouvent les raisons les plus plausibles pour expliquer leurs actions ; ils mettent quelquefois tant d'adresse dans leurs réponses qu'ils en imposent complétement à ceux qui les écoutent ou à qui ils adressent leurs réclamations, car, à les entendre, ces aliénés sont toujours détenus arbitrairement.

Lorsqu'on s'entretient avec eux, leur intelligence ne semble aucunement lésée ; ils comparent, jugent, imaginent comme les autres hommes, quelquefois même avec plus de sagacité et d'esprit que d'habitude, parce que se sentant soupçonnés, surveillés, ils se tiennent d'autant plus sur leurs gardes ; mais s'ils se croient libres, ils vont, viennent, ne peuvent rester en place ; font enrager leurs commensaux, les animent les uns contre les autres par leurs médisances, leurs calomnies ; déplacent tout, touchent à tout. Leur adresse-t-on quelques reproches, ils nient, s'excusent ou se justifient. Jamais on ne peut obtenir un aveu ; ils ont toujours mille bonnes explications à donner de leur conduite.

Parmi ces monomaniaques, les uns se mêlent de tout à contre-sens, dérangent les objets, ou bien les enlèvent, les cachent, et se font un malin plaisir de voir les recherches que cette disparition occasionne ; d'autres les approprient à leur usage, et déclarent hardiment qu'ils leur appartiennent, malgré les preuves contraires. Ceux-ci vous accablent de compliments, vous prodiguent des marques d'amitié, et il n'est pas de propos méchants, calomniateurs qu'ils ne répandent en votre absence. Les monomanes spirituels excellent à vous dire des paroles mordantes, à trouver des expressions qui vous blessent. Un de ces malades, interrogé dernièrement par M. le docteur Behier sur une action qui avait nécessité son isolement, et ne voulant pas mentir, se contentait de lui dire : Je ne puis vous répondre. Poussé dans ses dernières limites, il s'écria : Croyez-vous que je serai assez simple pour vous fournir des armes contre moi ? Il y a vingt ans, nous étions médecin d'un établissement d'aliénés, dans lequel se trouvait un de ces malades qui se plaisait à enfoncer des clous, des épingles dans les chaises de ses commensaux. Lorsqu'on ne le voyait pas, il se frottait les mains en entendant les plaintes de ces malheureux ; était-il en présence de quelque surveillant, il s'approchait d'un air empressé en demandant ce qu'ils avaient.

Certaines monomanies, dit M. Calmeil, affectent surtout les sentiments, les penchants, les instincts. Elles se reconnaissent aux changements qui s'opèrent dans les goûts, les manières, les habitudes du sujet. Des malades autrefois bons, généreux, attachés aux principes de la charité, à leurs

devoirs d'époux, de fils, de père, de citoyen; des malades auparavant timides, retenus, circonspects, remplis de bienveillance pour leurs semblables, deviennent tout à coup égoïstes, durs, méchants, acariâtres, querelleurs, pervers, injustes envers leurs parents, leurs amis. Ces individus ne présentent aucune incohérence dans les idées et dans les raisonnements. Calculant avec autant de finesse que de ruse leurs moindres déterminations, ils règlent leurs discours et leurs actes d'après la disposition actuelle de leur âme, inventent mille raisons spécieuses pour justifier les traits les plus noirs, les actions les plus infâmes et les plus coupables. Les monomanies morales ne sont pas toujours portées aussi loin. Dans tous les cas, il faut éviter de ne pas les confondre avec l'hypochondrie, ou avec une perversité à laquelle l'aliénation mentale reste complétement étrangère.

Prichard, dans son *Traité de la folie*, a rapporté plusieurs exemples remarquables de cette espèce de monomanie, et tracé une bonne description de ce singulier désordre. Esquirol a fait observer que l'auteur anglais n'avait peut-être pas suffisamment distingué la folie morale d'une autre variété de folie, exempte du trouble de l'intelligence et des affections, et que Pinel a nommée manie sans délire. Nous croyons la remarque d'Esquirol juste jusqu'à un certain point, mais le travail du docteur Prichard n'en est pas moins ce qu'il y a de plus complet à cet égard. (J.-C. Prichard, *A treatise on Insanity*, London, 1835, p. 12, vol. in-8.)

Il ne faut pas attacher à l'épithète de raisonnante une rigueur logique; car il est évident qu'il y a quelque chose de lésé dans l'intelligence, puisqu'elle ne peut empêcher l'individu d'agir autrement, et qu'il est même de ces individus qui sentent qu'ils font mal; l'expression de monomanie raisonnante signifie seulement que le malade est toujours prêt à justifier ses sentiments et ses actes.

La perversion du caractère de plusieurs de ces malades en fait des fléaux pour leur famille, pour les maisons dans lesquelles ils sont placés. Dans les établissements publics et privés, le séjour de ces monomaniaques est redouté; par leurs exemples et leurs conseils, ils détruisent la discipline, la subordination. D'autres connaissent bien leur état, désirent s'en délivrer; ils ne sont point dangereux par leurs propos, par leurs actions, ils ne sont nuisibles qu'à eux-mêmes. Ils abandonnent les objets de leurs affections, quittent leurs familles, leurs affaires, compromettent leurs vrais intérêts, toujours mus par des motifs plus ou moins plausibles.

Les signes de la monomanie raisonnante sont le changement, la perversion des habitudes, du caractère, des affections; à la monomanie raisonnante appartiennent certains cas d'homicide et de suicide.

Cette variété de la folie a une marche aiguë ou chronique. On y distingue trois périodes. Dans la première, le caractère et les habitudes sont changés; dans la seconde, les affections sont perverties; enfin, dans la troisième, l'exaltation maniaque se manifeste. Ces classifications ne sont pas sans exceptions; car plusieurs fois nous avons observé dès le début la forme maniaque, délirante.

La dégradation plus ou moins rapide des facultés peut conduire le monomaniaque à la démence. Cette monomanie est rémittente ou intermittente; elle est sujette aux récidives; elle se complique avec la lypémanie, l'hypochondrie, l'hystérie, surtout avec la paralysie.

Le traitement de la monomanie raisonnante exige une grande habileté et beaucoup d'expérience. Il y a longtemps qu'on a fait la remarque que les fous qui avaient le moins d'idées délirantes étaient les plus difficiles à guérir. L'emploi des moyens moraux est ici fort délicat. La mesure de l'isolement ne saurait être prescrite indifféremment. Lorsque ces aliénés sont méchants, calomniateurs, dangereux, la réclusion est alors indispensable et l'intimidation est souvent nécessaire. Il est important de savoir que les contrariétés, même les avertissements et les conseils donnés à contre-sens dans le début de la monomanie, précipitent les malades dans la seconde période.

ARTICLE XXII.

Démence.

Quelquefois primitive, la démence (*Noasthénie* de Guislain, *Blodsinn Aberwitz*,

Albernheit des Allemands, *Amentia* de Sauvages) est dans le plus grand nombre des cas le terme où viennent aboutir toutes les formes de la folie ; ce qui la caractérise, c'est la faiblesse, l'abolition des facultés sensitives, intellectuelles et morales. Les degrés de la démence sont infinis ; depuis le moment où se manifestent les premières nuances de l'incohérence par affaiblissement, jusqu'à l'extinction complète des facultés, il peut s'écouler un temps considérable.

Les causes de la démence sont souvent physiques ; succédant le plus ordinairement à la manie, à la mélancolie, cette influence n'a rien qui doive surpendre. Dans un tableau de 73 individus de l'établissement d'Esquirol, on en trouve 53 pour causes physiques et 22 pour causes morales. Les deux ordres de causes se compliquent quelquefois.

Esquirol a observé la démence après des lotions d'eau froide sur la tête, la suppression d'un abcès survenu à la suite de la petite vérole, la suppression d'un coryza ; il l'a notée dans un cas où la personne avait habité une maison nouvellement bâtie. L'épilepsie détermine souvent la démence : ainsi, à la Salpêtrière, sur 289 épileptiques, plus de 30 sont tombées dans la démence.

Les excès intellectuels et physiques, l'onanisme, certaines affections cérébrales, l'apoplexie, sont favorables à la production de la démence ; elle est souvent occasionnée par un traitement trop actif débilitant, par des saignées prodiguées au début de la manie et de la mélancolie.

On a cherché à expliquer la démence par les lésions anatomiques ; voici celles qu'on a observées le plus fréquemment : dimensions irrégulières du crâne, épaississement des os qui sont tantôt éburnés, tantôt diploïques ; adhérences et injections de la dure-mère ; couches membraniformes ; épanchements séreux ou albumineux entre l'arachnoïde et la pie-mère, à la base du crâne ; adhérences de la membrane qui revêt les ventricules latéraux. Ces altérations cadavériques n'ont rien de spécial à la démence, elles existent dans des cas nombreux où il n'y a pas d'aliénation. Dans ces derniers temps, on a noté l'atrophie des circonvolutions, des collections séreuses remplaçant la diminution de la substance cérébrale, des altérations spéciales de couleur et de consistance de la couche grise, des indurations de la couche blanche. En admettant l'existence constante de ces lésions, il reste à rechercher si elles ne succèdent pas aux modifications qu'éprouve à la longue le cerveau des déments.

Les lésions organiques du thorax sont assez fréquentes, à cause de la phthisie. Celles du conduit alimentaire sont nombreuses, mais rarement primitives. Il faut d'ailleurs distinguer dans ces altérations, celles qui appartiennent à la paralysie générale, complication importante de la démence, et à laquelle nous consacrerons un chapitre à part.

L'incohérence, l'affaiblissement des déments proviennent du peu d'impression produite sur eux par les objets extérieurs : tantôt les organes des sensations, de transmission ont perdu de leur énergie, tantôt le cerveau lui-même n'a plus assez de force pour recevoir et retenir l'impression qui lui est transmise ; ne pouvant plus comparer, associer, ni abstraire leurs idées, leurs sensations sont faibles, obscures, incomplètes. L'attention ne réglant plus le cours des idées, celles-ci se succèdent de la manière la plus disparate, sans dépendance les unes des autres, sans liaison et sans motif. Ces malades répètent des mots, des phrases entières, sans y attacher de sens précis ; ils parlent comme ils raisonnent, sans avoir la conscience de ce qu'ils disent.

Lorsque l'observation s'exerce sur un grand nombre de malades qu'on peut suivre longtemps et avoir à chaque instant sous les yeux, on trouve que les caractères ne sont pas toujours aussi nettement dessinés. Quelquefois la démence ne porte que sur certains points. Nous avons vu dans un établissement une dame qui y était depuis trente ans et qui est morte à près de quatre-vingts ans : chez elle la mémoire des dates s'était parfaitement conservée ; elle savait mieux que personne tous les anniversaires, les habitudes de chacun, les événements qui s'étaient passés pendant cette longue suite d'années ; sur ces différents points, elle n'était jamais en défaut, l'incohérence

n'existait que sur sa famille et ses affaires d'intérêt. Une autre dame qui est encore dans la même maison parle des heures entières avec une raison parfaite, puis tout à coup des éclairs de démence traversent son cerveau, et le fil de ses idées est complétement rompu.

La mémoire se perd de plus en plus chez les déments. C'est surtout la faculté de rappeler les impressions nouvelles qui est essentiellement altérée. Ainsi plusieurs ne déraisonnent que parce que des idées intermédiaires ne lient point celles qui précèdent à celles qui suivent. Par suite de l'affaiblissement de l'intelligence, les passions deviennent presque nulles dans la démence : aussi ces aliénés n'ont-ils ni désirs, ni aversions, ni haine, ni tendresse suivis. Par la même raison, leurs déterminations sont vagues et incertaines. Ils sont souvent le jouet de ceux qui veulent abuser de leur état. Comme tous les êtres faibles, ils sont cependant irascibles, mais leur colère n'a que la durée du moment.

Presque tous ont un tic ou une manie. Les uns soufflent sur tous les objets, les autres frottent sans cesse une partie de leur corps. Ceux-ci font des paquets qu'ils mettent soigneusement dans leur sein, prétendant que ce sont leurs petits enfants ; ceux-là écrivent sur de petits morceaux de papier et vous les remettent d'un air solennel. Il n'est point, en un mot, de bizareries, de singularités qu'on n'observe dans cette classe d'insensés ; il faut cependant ne pas trop généraliser ce symptôme qui existe dans d'autres formes de la folie.

Chez un certain nombre de déments les yeux sont ternes, le regard incertain, la physionomie immobile et sans expression. Souvent les muscles d'un côté sont relâchés et font paraître la figure déviée. Tantôt le corps est maigre et grêle, tantôt il est chargé d'embonpoint, la face pleine, colorée. Chez d'autres, la physionomie reste des années intelligente, et malgré un langage incohérent prolongé, l'œil conserve son expression et sa vivacité.

Les fonctions de la vie organique ne sont point le plus ordinairement altérées. Il arrive souvent que lorsque la manie ou la monomanie tendent vers la démence, cette terminaison est annoncée par le rétablissement des fonctions organiques et même par l'obésité.

La démence est aiguë ou chronique, simple ou compliquée, continue, rémittente ou intermittente. La démence aiguë, quoique rare, et confondue avec la stupidité, s'observe cependant. Nous en avons recueilli deux observations fort curieuses chez des femmes, l'une âgée de quatre-vingts ans et l'autre de soixante-seize. L'incohérence était complète : la première ne disait pas deux mots de suite raisonnables ; elle faisait le plus souvent entendre un langage inintelligible, elle ressemblait à ces vieillards tombés en enfance ; quinze jours après son admission, ses discours commençaient à avoir du sens ; chaque jour l'amélioration faisait des progrès, et elle partit au bout d'un mois parfaitement guérie. Elle est morte trois ans après, sans avoir rien présenté de semblable. Lorsque nous la vîmes et après examen, nous avions pronostiqué une maladie incurable. Dans le cours de l'année dernière, on nous conduisit une dame qui faisait les confusions les plus étranges, tenait les discours les plus disparates ; l'affaiblissement de sa mémoire était très prononcé ; elle oubliait qu'elle venait de prendre son repas, disait qu'elle avait fait une longue promenade, quoiqu'elle n'eût pas quitté son lit. La maladie était récente comme dans le cas précédent. Averti par ce qui s'était passé autrefois, nous dîmes au docteur Coster qui était son médecin : Si c'était un premier cas nous le déclarerions incurable ; mais la marche rapide des symptômes, l'analogie que nous trouvons entre cette dame et une autre qui nous avait été adressée autrefois par le docteur Grimaud, nous fait hésiter, et il ne serait pas surprenant que cette malade se rétablît. Un mois après, elle avait recouvré l'intégrité de ses facultés.

La démence peut rester des années sans faire des progrès bien sensibles. Nous avons cité l'exemple curieux d'une vieille dame dont la mémoire se conserva jusqu'au dernier moment. L'incohérence n'existait que sur certains points et dans quelques actes.

On retrouve souvent dans la démence, ainsi que M. Brierre l'a fait observer dans son Histoire des hallucinations, les types

maniaques et monomaniaques, de sorte qu'on pourrait établir la classification suivante: Démence monomaniaque, démence maniaque, démence idiote ou complète, à laquelle il faudrait ajouter la démence sénile. En considérant la démence sous ce nouveau point de vue, on ne trouvera point surprenant que nos résultats diffèrent sensiblement de ceux de MM. Aubanel et Thore : ainsi, tandis que ces médecins déclarent n'avoir rencontré qu'un cas d'hallucinations sur 45 cas de démence, sur 21 cas nous avons constaté 14 faits d'hallucinations et d'illusions.

Il n'est pas toujours facile de distinguer la démence compliquée de mélancolie ou de manie, surtout dans le dernier cas, lorsque la maladie est récente ou que l'affaiblissement est encore peu marqué, car cette incohérence peut disparaître elle-même momentanément sous l'influence de quelque excitation. Nous nous sommes trouvé plusieurs fois embarrassé pour émettre notre diagnostic, et, dans ce cas, nous avons eu besoin d'une observation plus ou moins prolongée pour émettre notre opinion. Un moyen très bon dans ce cas est de les faire écrire : on voit qu'ils oublient des mots, des lettres, que leur style n'est plus le même.

On ne saurait confondre la démence avec l'imbécillité ou l'idiotisme. L'un est un état accidentel, l'autre est un état congénial.

A la suite de la manie, de certaines fièvres à forme ataxique, les malades restent dans un délire tranquille, taciturne, triste; leurs idées sont incohérentes, sans force, sans énergie. Cet état est le passage de la manie ou de la fièvre à la convalescence, et ne doit pas être confondu avec la démence proprement dite.

La démence continue est la plus fréquente de toutes. Lorsqu'elle est intermittente, l'accès reparaît au printemps, à l'automne, mais après un certain nombre d'accès, la démence devient continue. Lorsqu'elle alterne avec la manie, celle-ci éclate à certaines époques.

La démence peut se compliquer de scorbut, de convulsions, d'épilepsie et de paralysie; cette dernière complication est très fréquente.

La mortalité est bien plus forte dans cette espèce que dans la mélancolie et la manie surtout, puisqu'il meurt presque la moitié des individus en démence; les maladies qui terminent l'existence des déments sont surtout thoraciques et abdominales. Relativement à la mortalité, nous ferons la remarque que les établissements privés sont remplis de déments dont l'admission remonte souvent à un grand nombre d'années ; cela ne doit s'entendre que de la démence simple et non de celle qui est compliquée de paralysie générale.

Le pronostic de la démence est grave. Il faut cependant établir des catégories; celui de la démence aiguë est en général favorable, mais il faut reconnaître la maladie, ce qui n'est pas toujours facile. La démence au début peut guérir, les auteurs en rapportent plusieurs exemples; il y a dans ces cas plutôt oppression des forces qu'affaiblissement réel. Il est évident que lorsqu'on a vu des malades présentant les symptômes de la démence avec paralysie générale, comme nous l'avons observé dans deux cas, recouvrer l'intégrité apparente de leur raison pendant plusieurs mois, un an, on comprend qu'une démence simple commençante puisse guérir.

La démence confirmée est généralement sans espoir. On a cependant constaté dans quelques cas que la manie, la mélancolie succédaient à la démence, mais ces faits sont excessivement rares. Lorsque la démence est sans complication, le pronostic est toujours grave pour la raison, mais il n'est point aussi inquiétant pour la vie, car les déments, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, peuvent vivre très longtemps.

Le traitement de la démence aiguë, dans les deux cas que nous avons cités, a consisté dans l'emploi du calomel à l'intérieur et des vésicatoires au bras; nous avons donné quelques bains d'une à deux heures et prescrit un régime modéré. Esquirol dit qu'on la guérit facilement à l'aide du régime, des toniques; les frictions, l'exercice du cheval, les bains de rivière, le quinquina, le musc, la valériane, sont généralement utiles. Il est incontestable que plusieurs de ces médicaments conviennent au traitement de la stupidité.

Dans la démence chronique, on a conseillé les vésicatoires, le séton, le moxa, le feu, les frictions avec le tartrate antimonié

de potasse, avec les cantharides, l'électricité, les toniques, les drastiques. Ils ont été peu utiles, ajoute Esquirol ; c'est aussi l'opinion de tous les praticiens. Placer les malades dans de bonnes conditions hygiéniques, les surveiller comme des enfants, les préserver des maladies incidentes, voilà le plan de conduite à suivre à leur égard.

La démence sénile, qu'on appelle dans le monde radotage, enfance, est la suite des progrès de l'âge. Ses caractères diffèrent de la démence des aliénés. Les malades se répètent sans cesse. Ils oublient que ce qu'ils vous disent ils viennent de le dire à l'instant ; l'incohérence succède à des phrases sensées ; ils pleurent et rient comme des enfants. Il y a là usure du cerveau ; aussi cette maladie ne se produit-elle le plus ordinairement qu'à une époque avancée de la vie. On l'a observée chez des hommes éminents qui avaient trop fatigué leur cerveau par des travaux excessifs.

L'air de la campagne, l'exercice modéré, un régime tonique, peuvent enrayer la marche de la démence sénile, et suspendre en quelque sorte sa terminaison.

ARTICLE XXIII.

Démence paralytique.

L'affaiblissement des facultés intellectuelles peut se compliquer d'un autre ordre de symptômes, l'affaiblissement progressif des muscles ; c'est la *méningite chronique* de M. Bayle, la *paralysie générale des aliénés* de M. Calmeil, la *folie paralytique* de M. Parchappe, la *paralysie progressive* de plusieurs auteurs. Cette maladie avait passé inaperçue des observateurs français, quoiqu'elle eût été positivement décrite par John Haslam, en quelques lignes il est vrai, mais avec des traits qui ne permettent aucune équivoque (*Observations on madness and melancholy, including practical remarks on those diseases together with cases and an account of the morbid appearences of dissection;* London, 1798, 2e édit., 1809, p. 259). M. Brierre a fait connaître cette particularité dans un article de la *Revue médicale* (septembre 1846, p. 63) et dans ses *Quelques remarques sur la paralysie générale des aliénés* (*Gazette médicale*, 22 mai 1847), en démontrant qu'Esquirol n'en avait parlé pour la première fois qu'en 1816, dans son article *Démence* du *Dictionnaire des sciences médicales*. Cette justice rendue à qui de droit, il faut s'empresser de constater que c'est aux médecins français qu'on doit les travaux les meilleurs et les plus complets sur cette maladie.

Dès 1822, M. Bayle, fort injustement attaqué par les critiques du temps, signalait l'existence de cette singulière affection dans sa thèse.

Plus tard, dans sa *Nouvelle doctrine des maladies mentales* (*Revue médicale*, 1825), et son *Traité de la méningite chronique* (1826), il donna une bonne description de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie et de l'étiologie. Le tort de M. Bayle est d'avoir établi trois degrés de la maladie, basés sur des lésions pathologiques toujours les mêmes, et qui auraient pour expression caractéristique la monomanie, la manie et la démence, avec prédominance d'idées ambitieuses. Tous les observateurs savent aujourd'hui que le désordre des facultés intellectuelles qui accompagne la paralysie générale est presque constamment la démence.

M. Calmeil, dont le *Traité sur la paralysie générale des aliénés* suivit de très près l'ouvrage de M. Bayle, a surtout fixé l'attention sur le symptôme qui imprime une forme toute spéciale à la maladie et qui lui assigne un rang à part dans le cadre nosologique. Il ne faut pas oublier la bonne thèse de M. Delaye, qui mentionne positivement l'existence de la paralysie générale sans aliénation.

Cette particularité est importante, car dans ces derniers temps M. Baillarger a publié une note dans l'*Union médicale* (mai 1847) pour établir que le désordre musculaire précède toujours le désordre de l'intelligence, et que la paralysie peut exister sans aliénation. M. Brierre avait d'abord combattu la seconde proposition (*Gazette médicale*, 22 mai 1847), mais il a reconnu franchement plus tard ce qu'elle avait de vrai (*De la paralysie générale sans aliénation*, *Gazette médicale*, 2 octobre 1847). A cette époque, il n'avait pas lu, dit-il, le *Traité de la paralysie générale chronique, considérée spécialement chez les*

aliénés, par M. Hubert Rodrigues, imprimé au commencement de 1847 dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers ;* voici comme cet auteur s'exprime à cet égard : « Je suis convaincu par l'observation qu'il n'existe pas de différence, quant à la nature, entre la paralysie ordinaire et celle des aliénés. C'est une maladie qu'on avait considérée comme spéciale, et que je confonds dans son espèce. Toute la différence consiste dans une marche ordinairement très lente, mais cela ne suffit pas pour en faire une maladie à part. D'ailleurs, les lésions du mouvement et du sentiment peuvent durer aussi longtemps et avec une égale intensité, et l'intelligence rester saine jusqu'aux derniers moments. La paralysie des aliénés est, comme toute paralysie, le résultat de la compression ou de la désorganisation du tissu nerveux. »

« Tout en reconnaissant que la paralysie générale peut exister sans aliénation, nous n'en persistons pas moins à croire que la réunion de ces deux ordres de faits constitue une maladie spéciale qu'il est impossible de confondre avec aucune autre : la perversion des penchants et des facultés affectives qui marque souvent le début de la paralysie générale, l'exagération si caractéristique du moi, les retours de vie et de forces chez des malades qui paraissaient cloués sur leurs chaises, la déviation de la langue, la roideur des muscles, l'inutilité des traitements, les circonstances qui favorisent son développement, le sexe masculin, l'âge viril, l'abus des boissons alcooliques, forment un ensemble de caractères différentiels plus que suffisant pour fonder légitimement une espèce d'aliénation mentale distincte de toutes les autres, qu'on peut appeler *folie paralytique.* » (Parchappe, *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, p. 144. Paris, 1838.)

Lorsqu'on étudie les causes de la démence paralytique, la multiplicité des faits ne permet pas de méconnaître l'influence des excès sensuels. M. Parchappe l'évalue à la proportion énorme de 50 pour 100. L'abus des boissons rend compte du nombre si considérable de paralytiques chez les hommes ; comment, en effet, ne pas admettre l'action puissante de cette cause, quand on compare les traits de ressemblance qui existent entre l'état d'ivresse et la paralysie générale de courte durée ? Les excès vénériens, l'onanisme, appartiennent à cette catégorie. C'est surtout entre quarante et cinquante ans que les rapprochements sexuels sont plus ardemment désirés, plus vivement sollicités ; l'expérience de l'homme, sa position de fortune, lui donnent toutes les facilités de contenter ses désirs ; mais ces actes lui sont d'autant plus préjudiciables que son activité cérébrale est plus grande ; aussi la paralysie générale fait-elle un grand nombre de victimes à cette époque. D'après une statistique des malades entrés à Bicêtre et à la Salpêtrière, MM. Baillarger et Maquet sont arrivés aux résultats suivants : sur 600 hommes environ, l'âge moyen a été de quarante-deux ans ; sur 400 femmes, de quarante et un ans ; c'est la période où commencent souvent les premiers désordres menstruels.

La paralysie générale ne sévit jamais ou presque jamais chez les sujets âgés de moins de vingt ans ; elle est encore très rare avant trente ans ; ces médecins ne l'ont rencontrée que sur 1/15 des sujets soumis à leurs observations.

Ici se retrouve cette cause prédisposante que nous avons signalée dans l'étiologie générale de l'aliénation, l'hérédité. La moitié de nos paralytiques de Montpellier, dit M. Rodrigues, avaient leurs parents aliénés. M. Bayle dit que sur 90 malades observés dans ce but il en a trouvé 46, c'est-à-dire plus de la moitié, chez lesquels l'hérédité n'était pas douteuse. M. Calmeil reconnaît qu'on peut avancer hardiment que l'hérédité existe chez un tiers des aliénés paralytiques.

Le sexe a une influence extrêmement marquée sur la production de la paralysie générale. En faisant le relevé des paralytiques de Charenton, de Saint-Yon, de l'Antiquaille, M. Rodrigues a trouvé, sur 580 paralytiques, 435 hommes et 145 femmes, c'est-à-dire une proportion de 4 à 1. A Bicêtre il entre 2 paralytiques sur 7 malades, à Charenton 1 sur 3, à Rouen 1 sur 6 ; en moyenne, dans ces différents asiles, presque un quart pour les hommes. Relativement aux femmes, il entre à la Salpêtrière une paralytique sur

7 malades, à Charenton 1 sur 10, à Rouen 1 sur 20; c'est-à-dire, en moyenne, 1/12 des malades admis. Peut-être faut-il attribuer cette fréquence moins grande de la paralysie chez les femmes, surtout dans les classes aisées, à leur éloignement pour les liqueurs spiritueuses et à l'action du flux menstruel.

Le tempérament sanguin, une constitution forte, le système musculaire très développé, favorisent la paralysie générale. Il paraîtrait, d'après M. Calmeil, que cette affection serait fréquente chez les militaires et les douaniers. On l'a aussi observée un grand nombre de fois chez les verriers, les cuisiniers, les fondeurs, les ouvriers qui travaillent aux préparations saturnines, etc.

Esquirol pensait que la paralysie générale était rare dans le midi de la France et en Italie; M. Brierre a fait la même remarque dans sa notice sur les établissements d'aliénés de ce pays. De nouvelles recherches, faites par M. Aubanel à l'asile de Marseille, lui ont fourni des résultats tout à fait différents. M. Marchand a trouvé à Lisbonne un quart de paralytiques; il en a observé également à Madère, à Ténériffe; ainsi, dans les pays chauds, il y a des paralytiques (*Journal l'Esculape*, 1844, p. 336). En Angleterre, il y en a à Bethlem, à Saint-Luke, à Hanwell, et dans l'établissement du docteur Philip à Kinsington (*Remarques sur quelques établissements de la Belgique, de la Hollande et de l'Angleterre*, dans *Annales d'hygiène*, Paris, 1847).

Les saisons ne semblent point avoir une influence marquée sur la paralysie générale; c'est au moins ce qui résulte du tableau dressé par MM. Maquet et Baillarger. Ainsi, à Bicêtre et à la Salpêtrière, dans un espace de quatre années, sur 921 paralytiques, il en est entré 466 dans les six mois les plus chauds, 455 dans les six mois les plus froids, c'est-à-dire un nombre à peu près égal dans les deux saisons. En recherchant le même point dans le travail de MM. Aubanel et Thore, on constate que sur 120 paralytiques entrés à Bicêtre en 1839, 60 ont été admis dans les six mois les plus chauds, et 60 dans les six mois les plus froids.

M. Bayle, dans son *Traité de la méningite*, et après lui MM. Aubanel, Thore et Baillarger, ont beaucoup insisté sur les congestions cérébrales comme causes de la paralysie générale. Le premier de ces auteurs pense qu'elle existe chez tous les sujets à un degré plus ou moins intense; sur 126 malades, il l'aurait constatée brusque et rapide chez 62, lente et peu marquée chez 64. Suivant M. Parchappe, on confondrait l'effet de la maladie avec la cause, car, dit-il, on voit ces congestions se reproduire alors que la paralysie générale est bien établie. Nous ferons remarquer à notre tour que la congestion a été souvent observée sans qu'elle ait donné lieu à cette singulière maladie. Si les congestions répétées expliquaient seules la paralysie générale, comment se ferait-il que des personnes puissent avoir tous les jours ou du moins très fréquemment des étourdissements pendant dix, quinze, vingt ans, sans éprouver aucun symptôme de paralysie? Beaucoup de congestions sont soulagées et guéries par les émissions sanguines plus ou moins abondantes, tandis que cette méthode de traitement a presque toujours pour résultat de faire marcher rapidement la paralysie générale. Enfin, la congestion, dans la paralysie générale, entraîne des conséquences tout autres que celles de la congestion ordinaire; dans le second cas, en effet, le retour à la santé est le résultat le plus ordinaire des efforts de la nature ou du traitement; dans le premier cas, au contraire, la terminaison est presque toujours fatale; elle peut être suspendue, enrayée, disparaître même quelque temps, mais elle revient pour ne plus cesser. Il y a donc autre chose que la congestion seule, et cette autre chose nous paraît être la déperdition excessive du fluide ou de la force nerveuse. Voici sur quelles considérations nous nous appuyons. La plupart des individus atteints de paralysie générale ont fait des excès sensuels et intellectuels, et chez eux il y a véritablement un affaiblissement des forces nerveuses. Plusieurs fois nous avons été consulté pour des hommes ardents, nerveux, qui avaient abusé des rapprochements sexuels en même temps qu'ils s'occupaient avec activité des moyens d'augmenter leur réputation, leur fortune; ils se plaignaient de céphalalgie sourde, de vertige, d'une difficulté de lire de suite, d'une faiblesse

dans les membres, d'une sorte de tremblement nerveux général; leur marche n'avait plus la même précision, la même fermeté; quelques uns disaient qu'il leur semblait avoir reçu une commotion; un d'eux même définissait cet état d'une manière pittoresque, en disant qu'on lui soutirait du fluide électrique; d'autres, fatigués par des travaux intellectuels ou physiques, éprouvaient des accidents absolument identiques. On aurait pu prendre, par erreur, ces accidents pour des signes de congestion, mais le traitement ne laissait aucun doute sur l'affaiblissement du système nerveux; de bon vin de Bordeaux, en plus grande quantité qu'à l'ordinaire et pur, des viandes rôties, du café et un peu de liqueur, dissipaient comme par enchantement ce cortége maladif. Il est inutile d'ajouter que nous recommandions pendant quelque temps la modération en toutes choses.

On a encore rangé parmi les causes occasionnelles de la paralysie générale, les suppressions sanguines, les accès d'épilepsie, les affections organiques locales du cerveau, les maux de tête fréquents, les anciens accès de folie, l'habitude de l'extase, de la catalepsie, les chutes, les coups sur cet organe, l'action du feu, l'insolation. Beaucoup de ces causes n'ont qu'une action négative. On observe quelquefois la paralysie générale chez des sujets anémiques, épuisés par la misère et les privations. M. Baillarger dit qu'on explique ces faits exceptionnels par la facilité avec laquelle se produisent chez ces individus les congestions qu'on peut appeler passives. Les individus avancés en âge qui se livrent à un travail excessif, les orgueilleux, les ambitieux, les personnes d'un caractère vif, fougueux, emporté, celles qui passent d'une vie agitée à une vie tranquille, sont prédisposés à la paralysie générale. Mais de toutes les causes précitées, les plus puissantes sont les excès sensuels et intellectuels.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale, à l'exception d'un, se sont accordés jusqu'à ces derniers temps à dire que : tantôt, et le plus fréquemment, la lésion de l'intelligence précède celle de la motilité; tantôt, et le plus rarement, c'est le contraire qui a lieu; tantôt, enfin, l'intelligence et la motilité sont affectées en même temps. M. Baillarger, dans un travail qui mérite de fixer l'attention, a soutenu que la lésion des mouvements était la première qui apparût dans l'ordre symptomatologique. Voici deux faits observés par M. Brierre et dans lesquels les choses se sont passées ainsi : « Un homme de trente-huit ans, grand, fort, vigoureux, d'un caractère irritable, mais faisant un abus excessif du coït, puisque les rapprochements sexuels étaient souvent de six, sept, huit et neuf par jour, laisse ses affaires pour aller de droite et de gauche; jusqu'alors fort discret, il nomme les personnes qu'il a aimées, veut conduire ses amis chez elles; il parle de l'immensité de ses affaires. Lui fait-on une observation, il se met en colère. On nous appelle en consultation le quatrième jour de la maladie. Nous examinons le malade qui était au lit. Il ne paraît aucunement surpris de notre visite; il nous parle avec volubilité de sa situation, nous dit qu'il fait beaucoup d'affaires, pour un million par mois; qu'il est très fort, qu'il pourrait sauter par la fenêtre sans se faire de mal. A peine si nous constatons un peu d'hésitation dans la parole. Les parents nous répondent qu'ils ont remarqué depuis deux jours un peu d'embarras par moments. Nous le prions de nous serrer la main, la force est celle d'un enfant de douze ans. A l'entendre, il nous presse de tout son pouvoir. La peau est peu sensible à l'action de pincer. A la rapidité de la maladie, à la nature des symptômes obtenus, au souvenir des commémoratifs, nous portons, en présence de trois honorables confrères, MM. Auzoux, Brochin et Carrière, un pronostic des plus graves. Cinq jours après il avait cessé de vivre. Transporté dans notre établissement, sous nos yeux, les phénomènes de paralysie générale avaient marché comme la foudre; mais une particularité que M. Baillarger et nous n'avions pas encore observée, mais que M. Ferrus, qui avait été également appelé en consultation, dit avoir constatée deux fois, ce fut une paralysie complète de tout le tronc et des membres. L'autopsie ne nous permit point de constater la lésion anatomique. Cette observation est trop intéressante pour que nous ne la citions pas ailleurs en entier. Mais le point capital ici, c'est que le désordre

mental précéda l'embarras de la langue, ou du moins le diminua tellement qu'il passa inaperçu. L'autre fait est encore plus concluant. On amène dans notre établissement un négociant âgé de trente-neuf ans, qui avait toujours été d'un caractère très irritable. Saisi d'une mélancolie suicide, il avait fait plusieurs tentatives ; le certificat du médecin constatait en outre une chute de 50 mètres du haut d'un clocher dans une carrière, sans autres phénomènes qu'une ecchymose générale des deux membres inférieurs. Lorsqu'on l'amena dans notre maison, il était fort calme, reconnaissant la gravité de sa conduite, ne demandant qu'à guérir. Quinze jours se passèrent sans qu'on pût constater le moindre désordre dans son intelligence ; il commençait à bien marcher et parlait de reprendre sa femme ; le seul signe que nous notâmes fut un air de contentement qui ne nous paraissait point en rapport avec sa position. Le seizième jour, à notre visite, nous fûmes frappé d'un embarras momentané dans la prononciation ; cet embarras cessait des heures entières et même des journées ; le malade parlait seulement de son aptitude aux affaires. Il avait commencé par dire à sa femme qu'il s'occupait des moyens d'améliorer sa position, qu'il allait se mettre à tourner des chaises, et qu'à l'aide de son procédé il allait gagner beaucoup d'argent. Bientôt les symptômes prirent une grande intensité, et au bout de sept mois il était mort. Chez lui, les jambes ont été les dernières atteintes ; il ne s'est alité que quelques jours. Le trouble de l'intelligence a ici évidemment précédé les désordres de la motilité.

» Depuis plusieurs années nous avons fait remarquer, soit dans la *Revue médicale*, soit dans la *Gazette médicale*, qu'il y avait chez un certain nombre d'individus qui devaient être frappés par la paralysie générale, une période prodromique souvent assez longue, pendant laquelle il se manifestait une perversion des penchants et des facultés affectives. Nous avons cité à ce sujet plusieurs exemples d'hommes d'une conduite irréprochable devenus voleurs, débauchés, etc. Il est impossible, dans ces cas, de ne pas admettre un désordre antérieur de l'intelligence. Dans les faits mêmes que nous avons rapportés (*Gaz. méd., loc. cit.*) de paralysie générale sans aliénation, il y avait souvent eu au début perte de connaissance, et affaiblissement de la motilité et de la sensibilité ; dans d'autres cas, la perte de connaissance ou l'affaiblissement de la mémoire avaient précédé les désordres de la sensibilité et de la motilité. Aussi croyons-nous que le dernier mot n'est point encore dit sur cette question, et nous ne craignons pas d'avancer qu'il y aura toujours des faits qui seront favorables aux deux opinions. M. Rodrigues dit également que la paralysie générale peut précéder l'aliénation ; mais il fait observer qu'on n'a pas toujours fait attention à la perte de la mémoire, à la pesanteur de tête, etc. Il ajoute : Le plus grand nombre de nos malades étaient fous depuis quelque temps, lorsque les premiers signes du désordre musculaire se manifestèrent.

» Chez un grand nombre de ces malades il y a des symptômes précurseurs, tels que douleurs de tête, vertiges, grande sensibilité de la rétine, douleurs dans les membres, engourdissement, stupeur ; d'autres ont des convulsions, des spasmes cloniques et toniques, des soubresauts, des mouvements épileptiformes, des fourmillements, un affaiblissement de la vue. Tous ou presque tous se plaignent d'une céphalalgie plus ou moins intense, continue ou intermittente. Le délire existe avec ses nombreuses variétés, continu ou intermittent. Les symptômes précurseurs manquent souvent dans les observations. La durée de cette période est très variable.

» Tous les auteurs qui ont traité de la paralysie générale ont partagé cette maladie en trois périodes. Nous suivrons cette même division en faisant la même observation que pour la folie pellagreuse, à savoir : que la nature est loin de suivre ces divisions ; beaucoup de malades, par exemple, périssent à la seconde période, quelques uns même dès la première.

» Le premier symptôme qui frappe en général l'attention des médecins observateurs est un embarras de la parole ; mais la constatation de ce fait tient à ce que les malades ne sont généralement soumis à leur observation, que lorsque les parents ont remarqué quelque chose d'insolite

dans leur conduite. Les individus hésitent, bégaient momentanément; la langue semble épaisse, il y a des efforts pour parler. Certaines lettres, certains mots ne peuvent être que difficilement articulés. La langue sort en tremblottant; lorsque le malade ouvre la bouche pour parler ou pour manger, on remarque un léger tremblement dans les deux commissures. Ce symptôme est fugitif. D'autres fois la prononciation semble se faire par des efforts de gosier et avec une précipitation, une brusquerie que la description ne saurait rendre. Cet embarras de la parole, sorte de solfége, peut disparaître des heures entières, surtout si le malade est excité. Dans plusieurs cas, il faut suspendre son jugement. On doit tenir compte de la prononciation antérieure; à ce sujet, nous ferons observer qu'un grand nombre de parents vous répondent que les malades ont toujours bégayé.

Avec de l'attention, on remarque un commencement d'immobilité dans les traits; les muscles de la face ne sont pas dans le relâchement, mais ils ne communiquent plus la vie.

A mesure que l'embarras de la parole fait des progrès, l'hésitation devient de plus en plus prononcée, les mots sont séparés par des intervalles, les syllabes sont prolongées comme dans le rôle de Bridoison du *Mariage de Figaro ;* il y a souvent même un véritable bredouillement. L'immobilité des traits devient aussi plus caractéristique. Enfin, dans le dernier degré, le langage des paralytiques est tout à fait inintelligible, ils font de grands efforts pour articuler une parole, souvent sans pouvoir y parvenir; dans d'autres cas, il y a un simple marmottement, un mutisme complet.

La faiblesse musculaire suit-elle une marche descendante, ou bien se montre-t-elle ensuite dans les jambes, comme l'ont affirmé presque tous les observateurs? M. Rodrigues assure qu'une exploration attentive lui a prouvé qu'elle commençait par la langue, gagnait les membres supérieurs et arrivait plus ou moins rapidement dans les membres inférieurs. Le fait du malade qui périt en cinq à six jours semblerait tout à fait en faveur de cette opinion, car la motilité était évidemment diminuée dans les membres supérieurs, tandis que les extrémités inférieures avaient encore conservé leur force. Chez d'autres malades, dont la paralysie générale succéda à une monomanie suicide, il y avait également diminution de l'énergie des membres supérieurs, les jambes semblaient aussi fortes que d'habitude.

Quoi qu'il en soit, les jambes sont prises à leur tour; le malade fait quelque pas, frappe la terre du pied, comme pour donner plus de force à sa démarche; il y a un moment d'hésitation chaque fois qu'il exécute la progression. On voit des malades parcourant à la course une assez grande distance, ne pouvoir ensuite revenir au petit pas. Les uns sont fermes en faisant un grand détour, et ils chancellent si on les oblige d'aller droit devant eux; les autres tremblent et semblent exécuter une danse bizarre; quelques uns éprouvent dans les jarrets une raideur qui donne à la progression un aspect particulier. En général, les mouvements sont faibles, mal assurés, confus, incertains; la démarche est cadencée, vacillante, semblable à celle d'un homme qui a bu. Ordinairement les deux jambes sont également faibles; quelquefois cependant une jambe semble plus forte que l'autre, et le malade biaise en marchant. La maladie est-elle plus avancée, le malade fait à chaque instant des faux pas; ses genoux plient quelquefois tout à coup; bientôt il ne peut plus se soutenir sans aide; lorsqu'on l'abandonne à lui-même, il chancelle et tombe.

Les membres supérieurs, soit qu'ils aient été atteints en même temps ou immédiatement après la langue, soit qu'ils n'aient été paralysés qu'après les extrémités inférieures, ne présentent plus la même précision; le malade serre encore, mais s'il veut tailler une plume, enfiler une aiguille, il n'en viendra pas à bout; il pourra même à peine boutonner ses vêtements. Quelquefois les bras sont raides et n'atteignent qu'avec effort le sommet de la tête. Dans le troisième degré, les bras restent le plus ordinairement immobiles, ou n'exécutent que quelques mouvements incomplets.

La circulation veineuse se fait avec difficulté dans les parties inférieures; les chairs deviennent molles et flasques. Une

particularité importante, c'est que dans la première période et souvent même dans une période beaucoup plus avancée, les symptômes présentent quelquefois un caractère intermittent ; ils disparaissent pendant quelques jours, ou à une certaine époque du jour, pour se montrer ensuite avec une nouvelle intensité. C'est ordinairement le matin, ou après le repas que la paralysie est moins prononcée.

La sensibilité paraît diminuée dès le début de la maladie. M. de Crozant a surtout appelé l'attention sur l'insensibilité de la peau, comme pouvant mettre sur la voie de la paralysie générale, lorsqu'elle débute. (*Note sur la sensibilité de la peau au début de la paralysie générale;* séance de la Société de médecine de la ville de Paris, du 20 février 1846, *Annales médico-psychologiques*, t. IX, p. 433.) Chez un malade de M. Calmeil, elle avait disparu dans les cuisses et les jambes. M. Baillarger a noté, dans plusieurs cas, l'impuissance des organes génitaux, parmi les prodromes de l'affection. La vûe, l'odorat, le goût, le toucher ne donnent lieu à aucune remarque.

On observe quelquefois au début de la paralysie générale un besoin irrésistible d'agir. Les malades ne peuvent tenir en place, il faut qu'ils aillent, viennent, sortent. Lorsque ce symptôme se manifeste à une époque avancée, qu'il y a en même temps cris, agitation, nous avons presque toujours observé une attaque.

La seconde période est souvent marquée par l'exaltation, le délire général, l'incohérence, la loquacité, les cris, les chants, la fureur; les individus touchent, renversent, jettent, déchirent tout ce qui leur tombe sous la main. Cette agitation passée, les symptômes paralytiques reparaissent.

Lorsque ces malades font des écrits quelconques, on constate des omissions de lettres, de mots, de phrases entières; mais on aurait tort de croire que les faits se passent toujours ainsi; nous avons vu dans un établissement un littérateur qui y avait été placé par M. de Rémusat, sur la recommandation de MM. de Lamartine et Alfred de Vigny; deux ans après l'apparition de la paralysie générale, tombant fort souvent, bégayant d'une manière insupportable, et ne pouvant presque jamais achever la phrase commencée; il écrivait des lettres pleines de sens où il n'y avait aucune omission de quelque nature que ce fût : la monomanie ambitieuse était chez lui poussée au plus haut degré. Nous avons conservé ses lettres ainsi que plusieurs autres d'un ancien employé, qui, pendant près de deux ans, ne cessa d'écrire des pages bien raisonnées et sans fautes; il bégayait considérablement, vaccillait sur ses jambes. Nous avons observé un ecclésiastique dont la monomanie ambitieuse et l'embarras de la parole dataient de près d'un an; ses écrits étaient d'une netteté parfaite. Deux de ces malades avaient un tremblement bien marqué des mains; ils s'arrêtaient lorsqu'ils écrivaient.

La faiblesse de la langue, des extrémités supérieures et inférieures n'est pas la seule; les muscles du cou, du tronc, du bas-ventre, participent à cette débilité générale. On observe chez les paralytiques un tremblement des muscles souvent porté très loin. Un symptôme qui appartient au troisième degré, mais qu'on retrouve quelquefois au second, c'est le grincement des dents. Quelquefois on observe le strabisme. La déglutition devient difficile, les liquides font un bruit particulier; la mastication s'exécute avec peine; le menton incline sur la poitrine; la respiration est courte. La constipation est très fréquente chez les paralytiques; elle donne quelquefois lieu à des amas de matières fécales dont on ne saurait se faire une idée. Cet accident entraîne fort souvent des accidents congestifs, convulsifs, qui pourraient en imposer pour un travail cérébral; un purgatif suffit pour faire disparaître tous ces symptômes. Le plus ordinairement nous avons recours dans ce cas à 15 ou 20 centigr. de calomel unis à 5 centigr. d'émétique.

La vessie est aussi le siége d'une rétention plus ou moins considérable d'urines. Dans d'autres cas, la paralysie s'étend aux sphincters, il y a des excrétions involontaires, et la saleté est extrême. Les muscles du pharynx peuvent aussi se paralyser, et il en résulte de graves accidents.

Les paralytiques sont en général voraces, gloutons, et engloutiraient des portions énormes d'aliments si on ne les sur-

veillait avec soin; comme ils avalent sans presque mâcher, plusieurs fois on a eu à déplorer des morts par asphyxie. Un événement de ce genre nous est arrivé au début de notre carrière; nous avons prévenu le retour de semblables catastrophes, en nourrissant les paralytiques trop voraces avec des potages, des viandes hachées.

Dans la troisième période, les paupières sont abaissées, les pupilles dilatées et immobiles; les yeux sont fixes et ne paraissent affectés par la présence d'aucun objet; les malades n'entendent plus, ils émettent des sons vagues et confus; la déglutition est de plus en plus difficile. La salive, les boissons, imparfaitement avalées, donnent lieu à une toux incommode et à des menaces de suffocation. La sensibilité est presque complétement abolie, à peine remuent-ils lorsqu'on les pince.

La constipation persiste quelquefois encore dans cette période. Forestus parle d'un vieillard qui resta trois mois sans évacuations alvines. La constipation peut déterminer des inflammations, des ruptures d'intestin, des accidents apoplectiformes, convulsifs. La diarrhée est fréquente; on observe aussi, à cette époque, la rétention d'urine, l'infiltration des extrémités, les ulcérations de mauvaise nature, les escarres sur les parties les plus saillantes. Les malades sont constamment malpropres; les os se nécrosent; plusieurs fois on a noté la gangrène des poumons, des tumeurs sanguines des oreilles. Il y a déjà quelques années que cette singulière affection a été signalée; Bird l'a décrite en 1833. (*Ueber die Entzundung des ausseren ohres bei verruchten*, *Journal de Græfe et de Walther*, t. XIX, Berlin, 1833.) Depuis, elle a été étudiée par MM. Ferrus (*Gaz. des hôpitaux*, 1838), Belhomme (*Gaz. des hôpitaux*, 20 août 1838), Cossy (*Archives générales de médecine*, novembre 1842). M. Foville montre à sa clinique des déformations de l'oreille qui consistent dans des tumeurs, d'abord molles, qui finissent par prendre la dureté de la pierre. La gangrène des poumons a été notée par plusieurs observateurs. M. Guislain en a signalé la fréquence; il l'a surtout notée chez les aliénés qui refusent de manger. M. le docteur Fischel, sur 335 aliénés dont il a fait l'autopsie, a trouvé 25 fois la gangrène du poumon, soit 7,4 pour 100. Parmi ces 15 individus, il y avait 12 mélancoliques, 5 épileptiques, 4 déments, 3 maniaques et 1 paralytique. (*Viertel jahrschrift fur die praktische Heilkunde*, vol. I et II. Prague, 1847.)

Des cavités nasales et buccales s'écoulent d'abondantes mucosités. Il arrive souvent que ces mucosités s'amassent dans les bronches et ne peuvent être expectorées, il en résulte des phénomènes d'asphyxie.

Enfin tous les signes d'une décomposition prochaine se manifestent; l'aspect extérieur devient cadavéreux, la figure s'altère de plus en plus, la bouche est fuligineuse, l'haleine infecte, la respiration rare, le pouls petit et faible, intermittent, et la mort termine cette scène de désolation.

Les désordres de l'intelligence méritent une mention spéciale, car, le plus ordinairement, ils ont une expression caractéristique. Haslam avait déjà signalé la manie orgueilleuse, l'esprit vaniteux de ces malades (*ouv. cité*, p. 259). M. Bayle, qui a étudié ce sujet avec beaucoup de soin, fait des idées ambitieuses le trait distinctif de cette singulière affection; son opinion a été contestée ou du moins taxée d'hyperbolique; d'après notre expérience nous la croyons vraie, sauf quelques correctifs. La complication de la paralysie avec l'aliénation, dit M. Brierre (*Gaz. méd.*, p. 781, 1847), produit, dans le plus grand nombre de cas, une folie qui porte sur l'exagération du *moi*, et non pas toujours, comme l'a prétendu M. Bayle, sur la manie des richesses. Ainsi, les uns se croient possesseurs de milliards ou de grands personnages; les autres s'imaginent qu'ils sont des Voltaire, des Rousseau; plusieurs parlent convenablement de leur esprit, de leur fortune; mais si on les interroge sur leur santé, sur leurs forces, sur leur figure, ils répondent qu'ils sont bien portants, qu'ils n'ont jamais été malades. A les entendre, ils sont très forts, très vigoureux, très beaux garçons, très bien reçus des dames, en un mot il y a un disparate complet entre leurs paroles et leur état réel. Ce délire ambitieux a d'ailleurs des caractères qui lui sont propres; le malade qui vient de se donner pour un

empereur dira l'instant d'après qu'il vend de l'épicerie, etc. La fréquence du délire ambitieux est manifeste dans l'ouvrage de M. Calmeil; sur les 62 observations de son livre, on en note 25 qui offrent ce type. Sur les 85 observations de M. Bayle, 52 sont avec manie des richesses, des dignités. La plupart des autres observations peuvent l'avoir présentée, car les malades n'ont été admis qu'au troisième degré ou sur le point d'expirer; faisons encore observer que ce délire doit être étudié pendant toute la durée de la maladie; car, quelques paralytiques qui, au début, n'ont pas d'idées de grandeur, en ont plus tard, et réciproquement. Quelquefois ces idées sont fugaces et se montrent comme des espèces d'éclairs.

L'affaiblissement de la mémoire est le cachet de cette affection : aussi la démence existe-t-elle presque dans tous les cas, mais elle peut être masquée par le délire maniaque qui s'observe surtout chez les sujets jeunes, pléthoriques et sanguins, par la monomanie qui est la forme du délire la plus fréquente chez les paralytiques, surtout la monomanie ambitieuse. Nous avons eu deux cas de lypémanie suicide. L'un d'eux était un homme de trente ans, habituellement triste, dont la parole était très embarrassée et qui avait des idées de grandeur; à diverses reprises il fit des tentatives de suicide, disant qu'il voyait bien qu'il était fou. Les hallucinations existent quelquefois, M. Brierre a rapporté dans son ouvrage celle d'un paralytique au troisième degré qui voyait un requin devant lui. Un autre, dont le langage était presque inintelligible, cassa une nuit tous les carreaux de sa chambre, parce qu'il se crut entouré d'assassins auxquels il cherchait à échapper.

On voit aussi s'affaiblir peu à peu et s'éteindre complétement les facultés affectives. C'est avec une profonde indifférence que la plupart des paralytiques revoient leurs parents, leurs amis; ils restent insensibles à leur joie, à leur douleur, et les quittent sans même leur dire adieu; deux fois cependant nous avons été obligé de renvoyer des paralytiques dont on ne pouvait tirer aucune parole intelligente, parce qu'ils ne voulaient plus manger, après avoir été séparés de leurs proches. L'un de ces malades n'eut pas plutôt revu sa femme qu'il exprima sa joie par des cris et prit des aliments, peu de temps après il avait cessé de vivre.

Les lésions des fonctions digestives ont déjà fixé notre attention; nous ferons encore quelques remarques à ce sujet; les déjections deviennent involontaires; des malades jusqu'alors fort propres gâtent; M. Baillarger a constaté que certaines femmes ne salissaient qu'à l'époque menstruelle. La tendance à la gangrène, si commune dans la dernière période, peut s'étendre jusque sur les muqueuses. Le médecin que nous venons de citer a vu, chez un malade, la muqueuse palatine complétement mortifiée tomber en lambeaux. La paralysie du pharynx a été plusieurs fois notée, l'asphyxie peut en être le résultat par l'accumulation des aliments.

Chez quelques individus, on observe, plus ou moins longtemps avant le début de la maladie, une perte des facultés génitales. Ce signe indiqué par M. Baillarger trouve des exceptions. Nous fûmes consulté pour un malade qui, depuis quelque temps, avait la manie des richesses, bégayait et présentait une diminution de la contractilité musculaire, la nuit même il avait cohabité avec sa femme.

Anatomie pathologique.—Esquirol, dans ses ouvrages sur les maladies mentales, n'a point fait connaître de lésions propres à la paralysie générale. En 1826, M. Bayle, considérant cette maladie comme le résultat d'une méningite chronique, expliqua les symptômes du début par la congestion; ceux de la deuxième et de la troisième période par l'épanchement de la sérosité. En parcourant avec soin toutes les observations, on trouve presque constamment l'adhérence des méninges à la substance centrale. M. Calmeil a noté cette altération 28 fois sur 35. Dans l'ouvrage qu'il a publié en 1826, cet auteur, obéissant également aux théories de l'époque, a surtout constaté la prédominance des lésions de la couche corticale, mais il ajoute que la maladie est surtout due à une modification identique encore inconnue dans sa nature intime qui devait exister chez tous les individus, indépendamment des désordres signalés. Depuis, dans la deuxième édition du *Dictionnaire de médecine*, il s'est pro-

noncé d'une manière plus positive pour les lésions anatomiques qu'il rapporte à une méningo-encéphalite périphérique.

M. Delaye (1824) attribue la paralysie générale à l'induration et à l'atrophie de la substance blanche. M. Foville, dans son article *Aliénation mentale du Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, s'énonce ainsi : « J'ai toujours trouvé, outre l'altération de la substance corticale, *une altération variable :* endurcissement, infiltration, ramollissement de la substance blanche, et presque toujours l'adhérence des principaux plans fibreux. » Nous ne ferons qu'une remarque sur ce système, elle est de M. Parchappe : ainsi, c'est à l'altération variable de la substance blanche que M. Foville rapporte le phénomène constant de la paralysie. Ajoutons que M. Bottex, dans son Mémoire à propos de la paralysie générale, dit qu'il a trouvé presque constamment la substance corticale adhérente aux méninges, et qu'il n'a que très rarement observé l'altération de la substance blanche.

M. Parchappe, auquel on doit de très bons travaux sur les lésions du cerveau chez les aliénés, affirme que la paralysie générale consiste dans un ramollissement de la partie moyenne de la couche corticale qui permet d'enlever par plaques, avec une grande facilité, le plan externe de cette couche. Cette opinion paraît trop exclusive, dit M. Baillarger, car on peut citer un assez grand nombre de cas dans lesquels cette portion du cerveau a été trouvée parfaitement saine.

M. Rodrigue fait observer qu'avant la lésion organique, il y a une modification vitale ; du reste, il examine également les lésions anatomiques qu'il rapporte à la méningo-céphalite.

Enfin, M. Belhomme, dans un travail sur la paralysie générale, s'exprime ainsi : Les auteurs ont signalé des altérations superficielles ; mais ils n'ont point fait voir que l'inflammation périphérique s'étend, pour ainsi dire, couche par couche jusqu'au centre cérébral, et ils n'ont point expliqué la mort par la lésion successive des parties centrales encéphaliques, présidant aux fonctions les plus essentielles de la vie.

M. Brierre a cité, dans la *Gazette médicale du 22 mai 1847*, une observation qui démontre que le ramollissement de la circonférence au centre peut exister dans des maladies entièrement différentes ; M. Prus, dans la *Revue médicale d'avril* 1846, p. 412, a cité un cas où il n'y avait pas d'altération sensible. M. Briquet, dans la séance du 22 avril 1849, de la Société de médecine de la ville, a rapporté une observation de paralysie générale sans aliénation ; l'autopsie ne montra point de lésion appréciable.

Ainsi, en résumé, pour les différents auteurs que nous venons de citer, la lésion anatomique est successivement une méningo-céphalite, une méningite chronique, une encéphalite diffuse, un ramollissement particulier de la couche corticale, une altération variable de la substance blanche, une adhérence des principaux plans fibreux, une induration, une atrophie de la substance blanche, un ramollissement qui, des parties superficielles, gagne les parties centrales, une modification vitale, un état particulier du sang, quelquefois rien, c'est-à-dire tout, excepté l'unité.

M. Michéa a envoyé à l'Académie des sciences (29 novembre 1847) une note sur l'état du sang dans la paralysie générale. Il résulte de son travail que l'augmentation des globules et la diminution absolue de la fibrine, tantôt un seul de ces changements, surtout le premier, tantôt tous les deux à la fois, sont la cause de la congestion cérébrale, qui joue un si grand rôle dans l'étiologie de la paralysie générale des aliénés.

Ce médecin pense que les saignées, une alimentation modérée et végétale, sont les moyens les plus rationnels pour prévenir le développement de la congestion cérébrale, et pour la combattre quand elle est déclarée. Nous examinerons plus tard la valeur de ces idées thérapeutiques.

Nul doute qu'il n'y ait une modification de la trame du cerveau dans la paralysie générale des aliénés ; et que cette altération ne soit d'autant plus grave, plus étendue, que la maladie a duré plus longtemps. Mais d'abord est-elle cause ou effet? Quelle est cette lésion? est-elle périphérique, centrale? affecte-t-elle une portion de préférence à telle autre? a-t-elle des caractères qui la différencient des lésions que présentent les cer-

veaux d'hommes qui ont succombé à certains ramollissements? Le microscope qui a révélé à Gluge, dans les cas de l'espèce, la présence de globules inflammatoires composés, ne peut-il pas jeter de vives lumières sur ce sujet? Peut-être la congestion joue-t-elle un rôle important, mais ce n'est qu'à condition d'être localisée. N'y a-t-il pas plutôt soustraction, déperdition du fluide nerveux?

La marche de la paralysie générale est très irrégulière. Il est des malades qui restent très longtemps à la première période; d'autres présentent presque aussitôt les symptômes de la seconde. Assez souvent, il survient des complications qui enlèvent les individus dans le cours de la seconde période. On voit des paralytiques se promener, la faiblesse des jambes est peu sensible, on comprend leur langage. Tout à coup sous l'influence d'une congestion nouvelle ou d'une recrudescence d'inflammation partielle, ils ne peuvent plus faire un pas sans tomber, il leur est impossible d'articuler un seul mot. Quelques uns qu'on croyait voués à une mort prochaine, se relèvent très promptement, ont de ces retours de vie qui établissent, selon nous, une différence si marquée entre la paralysie des aliénés et celle qui n'est point compliquée d'aliénation; leurs jambes prennent subitement de la force, ils se mettent à marcher plusieurs heures par jour pour retomber plus tard.

La durée est variable, M. Calmeil lui assigne environ treize mois; M. Bayle dit qu'il y a des exemples de deux, quatre, huit, dix mois et même de deux ans de durée. La moyenne de l'existence des paralytiques paraît être de dix-huit mois à deux ans. La vie semble se prolonger plus longtemps chez les femmes que chez les hommes. M. Prus a placé dans l'établissement de M. Brierre une dame dont la paralysie, la monomanie ambitieuse sont restées au même point depuis trois ans; elle était déjà malade longtemps avant son admission. M. Rodrigues dit que, sur un relevé de 159 malades qu'il a fait, 73 n'ont pas dépassé un an; chez 81, la paralysie a duré de un an à six, et chez 5 de sept à douze ans. Il est incontestable que des soins éclairés peuvent prolonger la vie des paralytiques. Nous avons vu, pendant deux ans, un paralytique qui marchait difficilement et ne parlait pas; pendant plus de six mois, il a gardé le lit, sans qu'il lui survînt aucune escarre; il était réduit à un degré de marasme effrayant. Dans l'établissement du docteur Pressat, nous en avons trouvé un qui venait d'un autre établissement où il était déjà malade depuis près d'un an; lorsqu'on l'amena il ne faisait plus entendre de paroles intelligibles. Il y a trois ans qu'il est dans la maison, et rien n'annonce qu'il soit prêt à succomber.

Les complications de la paralysie générale sont fréquentes, les accès épileptiformes occupent, dans cette catégorie, le premier rang. M. Brierre en a parlé dans les *Archives générales* (t. XIX, 1829). Ces accès sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes; chez ces dernières, ils sont remplacés par des congestions lentes qui se traduisent au dehors par un état demi-comateux. Les convulsions peuvent se montrer à la face, occuper une moitié du corps; elles peuvent cesser d'un côté pour apparaître du côté opposé. Cette mutation de symptômes a déjà été constatée. Nous avons rapporté le fait d'un homme qui, après avoir travaillé deux nuits sans interruption, s'aperçut, en se levant le matin, que le bras droit était presque insensible, et qu'il ne pouvait s'en servir pour prendre les objets. Quelques jours après, le même phénomène se manifesta du côté opposé; il continua à se montrer alternativement de chaque côté tous les trois jours, pendant une période de temps qu'il n'a pu préciser (*Gaz. méd.*, 22 mai 1847). MM. Calmeil et Foville ont rapporté des exemples de ce déplacement de la lésion.

Ces accès peuvent durer depuis quelques minutes jusqu'à un jour entier; en général, ils avancent beaucoup la marche de la maladie.

L'hémiplégie simple complique quelquefois la paralysie générale; on l'a vue se dissiper en quelques heures sous l'influence des saignées.

Le pronostic de cette affection est des plus graves. Royer Collard, dans le cours d'une pratique de vingt années, n'en avait pas constaté un cas de guérison. Esquirol en rapporte un cas. M. Ferrus a cité, dans ses *Leçons cliniques*, l'observation fort con-

cluante d'un ancien professeur dont la guérison se soutenait vingt ans après l'apparition de la maladie. Nous avons vu deux hommes traités d'une paralysie générale qui sortirent très bien guéris; mais nous apprîmes qu'un an après, ils étaient morts subitement. L'ouvrage de M. Rodrigues contient plusieurs observations de guérison.

Les malades meurent très rarement dans la première période, à moins de quelque violente congestion cérébrale; nous en avons cependant cité un exemple. Dans la deuxième période, ils succombent le plus ordinairement aux complications, et surtout aux accès épileptiformes. Dans la troisième, les malades périssent par l'affaiblissement graduel, par une congestion cérébrale, par une affection chronique des poumons ou d'un autre organe, enfin par l'asphyxie, celle-ci peut résulter d'un obstacle mécanique, de la paralysie des muscles qui servent aux mouvements thoraciques, de l'accumulation des mucosités bronchiques, ou de l'épuisement de l'action nerveuse. Tout le corps est couvert d'escarres.

Le diagnostic peut présenter de l'incertitude au début, l'embarras de la parole, le défaut de solidité dans la progression, la diminution de la mémoire, viennent promptement dissiper tous les doutes. Dans la pratique ordinaire, cette affection est encore souvent méconnue.

On peut confondre le *delirium tremens* avec la paralysie générale au premier degré, la cessation rapide de tous les accidents lève les difficultés. Dans la seconde période de la maladie, on pourrait se laisser induire en erreur par les maladies de la moelle épinière, occupant un siége élevé, mais alors les membres supérieurs sont atteints aussitôt, sinon plus tôt que les inférieurs; il n'y a pas d'embarras de la parole, l'intelligence reste intacte. Le malade dont nous avons cité l'observation présentait les deux symptômes à la fois. La marche et la succession des différents symptômes des hémorrhagies doubles, simultanées ou successives, anciennes, des ramollissements doubles aideront à les distinguer de la paralysie générale incomplète.

M. Baillarger, comme MM. Rodrigues, Prus, Sandras, ne considérant point la paralysie des aliénés comme une affection spéciale, a cherché à démontrer qu'elle se retrouvait identique dans plusieurs autres maladies dont on l'avait séparée à tort; telles que la paralysie des vieillards, l'hydrocéphale chronique des adultes et l'hydrocéphale consécutive à des altérations locales du cerveau (*Gazette des hôpitaux*, 16 juillet 1845). Plus récemment ce médecin distingué a lu à l'Académie royale de médecine, dans la séance publique du 14 décembre 1847, un mémoire intéressant sur la *paralysie pellagreuse*. D'après ses recherches en Lombardie, cette paralysie est la même que celle qu'ont si bien décrite MM. Bayle et Calmeil. Elle s'accompagne comme elle du délire ambitieux. Le nombre si grand de suicides signalé chez les aliénés pellagreux peut, d'après ce médecin, s'expliquer par l'extrême fréquence chez ces malades du genre de folie désigné par Georget sous le nom de *stupidité*. Comme son honorable confrère, M. Brierre a étudié la pellagre en Lombardie, et le premier, il a publié, en France, un mémoire pratique sur ce sujet; ses observations, p. 15, 17, 20, 22, indiquent la faiblesse des extrémités; la femme de la huitième observation ne répondait qu'avec lenteur et difficulté. Enfin, dans la description générale de la maladie, p. 47 (*De la pellagre et de la folie pellagreuse*, observations recueillies au grand hôpital de Milan, 2e édition, Paris, 1834), cet auteur s'exprimait en ces termes : « Les extrémités inférieures sont faibles; elles ne peuvent plus supporter le poids du corps. La sensibilité est quelquefois généralement diminuée, les mains n'ont plus la force de serrer les objets qu'on leur présente. La vacillation et la faiblesse des jambes se remarquent aussi chez les enfants. Dans cette seconde période, comme dans la dernière, il arrive quelquefois que la langue et la mâchoire inférieure sont agitées d'un léger tremblement; le délire et l'aliénation mentale marquent cette seconde période. » Pour tout observateur, ces symptômes ne sont-ils pas ceux d'une paralysie générale plus ou moins complète et à marche progressive? Ces faits prouvent avec quel soin M. Brierre avait recueilli ses observations, puisqu'à dix-huit ans de distance ils vien-

nent appuyer ceux qui ont été constatés et développés par M. Baillarger avec le talent qu'il apporte dans ses recherches. Cet auteur n'avait pas donné de nom à cette complication de la pellagre, cela est incontestable, mais pour tout lecteur impartial, il en a fait connaître les principaux symptômes. Sa position a, dans ce cas, quelque analogie avec celle de John Haslum, relativement aux médecins français. Ceci bien entendu, nous n'en persistons pas moins à dire que la réunion de la paralysie générale et de l'aliénation constitue une maladie tout à fait spéciale.

Avant d'ailleurs de conclure à l'identité de ces diverses paralysies, il faut être bien fixé sur les caractères anatomiques de chacune d'elles. Dans les faits recueillis à l'hôpital Necker, service de M. Bricheteau, par l'interne du service, M. Lepelletier, (*Gaz. des hôpitaux*, 6 et 18 janvier 1848), il n'y a aucune autopsie. Nous croyons savoir que M. Pidoux, qui a observé plusieurs de ces cas et qui en avait lui-même plusieurs dans son service, est d'avis qu'il y a confusion dans les exemples cités. Il est probable que les médecins italiens, et en particulier M. Calderini, examineront avec soin le bon travail de M. Baillarger. dont plusieurs des propositions ont besoin d'être confirmées.

Pour nous, nous ne saurions admettre l'identité complète qu'il trouve entre ces deux paralysies. En effet, le suicide, si commun parmi les aliénés pellagreux, est un fait exceptionnel chez nos aliénés paralytiques. De l'aveu de M. Baillarger lui-même, l'aliénation des suicides pellagreux est une variété de la monomanie, et c'est presque toujours la monomanie triste que nous avons observée dans ce cas, tandis que la démence est le cachet des aliénés paralytiques. La pellagre s'observe chez de jeunes enfants, tandis que la paralysie des aliénés ne se montre que dans l'âge adulte. L'hérédité existe dans l'immense majorité des pellagreux, tandis que dans la paralysie générale on trouve souvent, il est vrai, l'héréhité, non pas spéciale, mais celle de toutes les formes du délire. Quant au délire ambitieux, M. Brierre ne l'a pas constaté dans les 14 observations qu'il a rapportées, ce qui prouve qu'il peut manquer dans bien des cas. Nous ajouterons que cet auteur interrogeait tous ces malades dans leur langue, et que le délire qu'il a le plus noté a été la mélancolie religieuse.

Quelques auteurs ont attaché une grande importance aux congestions cérébrales. Tout en admettant le fait, nous en tirons une interprétation différente pour le traitement. L'afflux du sang, s'il a toujours lieu, n'est plus l'effet d'une suractivité du système circulatoire, d'une irritation cérébrale, mais de l'affaiblissement du système nerveux, et par conséquent de son défaut d'équilibration. Il arrive dans ce cas ce que nous avons maintes fois observé chez des personnes nerveuses qui dépassent la mesure de leurs forces; il se manifeste des étourdissements, des défaillances, des demi-syncopes, des états quelquefois indéfinissables, en un mot, un véritable abaissement de la force nerveuse. En pareil cas, le remède par excellence a été une bonne nourriture choisie parmi les viandes rôties, et assaisonnée surtout d'un vin généreux, en quantité suffisante pour déterminer une pointe de gaieté. Il y a là, nous l'affirmons hautement, les germes d'une pratique appelée à rendre les plus grands services dans une foule de maladies dues à la débilité nerveuse ou favorisées par elle. Or, si l'on n'a pas perdu de vue que l'immense majorité des causes qui semblent amener le développement de la paralysie générale sont des excès sensuels et intellectuels, on comprendra qu'il ne faut pas donner aux congestions, dans ce cas, l'importance qu'on leur a accordée. Si le traitement de cette grave maladie n'a été jusqu'alors qu'une continuelle méditation sur la mort, c'est qu'on a trop perdu de vue que la paralysie était presque toujours la résultante d'une asthénie générale. Les recherches de M. Michéa sur le sang des paralytiques, celles de M. Baillarger sur la paralysie pellagreuse, qui se rencontre chez les individus exposés à toutes les privations, sont en faveur de cette opinion.

Les considérations que nous venons de présenter sur la nature de la maladie nous conduisent à adopter, dans ce cas, une thérapeutique qui en est la conséquence naturelle. Sans rejeter d'une manière absolue les saignées, nous ne les prescrivons que chez les individus pléthoriques, et encore préférons-nous les émis-

sions sanguines locales. C'est surtout lorsqu'il y a des signes évidents de congestion que nous y avons recours; la suppression d'une évacuation habituelle est encore une indication. Ces circonstances bien déterminées, nous donnons le conseil de soustraire l'individu à son genre de vie habituel, soit en l'isolant, soit en lui donnant un guide intelligent, qui ait sur lui l'autorité nécessaire. Existe-t-il de l'agitation, les bains d'une heure, de deux heures, sont souvent utiles. Il faut surveiller la constipation, qui est très fréquente. Nous prescrivons le calomel à la dose de 15 centigrammes, seul ou uni à 5 centigrammes de tartre antimoine de potasse. Ce moyen nous a été souvent utile dans les périodes plus avancées de la maladie, lorsqu'il se manifeste des symptômes convulsifs, comme comateux, qui étaient dus à l'accumulation des matières fécales.

Mais la partie véritablement importante du traitement, chez les paralytiques qui ont fait des excès sensuels et intellectuels, dont le tempérament est nerveux, est l'alimentation fortifiante, secondée par une médication tonique. Si l'on est appelé dès le début du mal, il ne faut pas hésiter, après avoir baigné quelques jours l'individu et administré un ou deux purgatifs, à le nourrir avec du bon bouillon, des viandes rôties, un vin généreux. Dans l'intervalle des repas, on lui prescrira un ou deux verres d'infusion de quinquina à froid. Il est important qu'il habite un lieu sec, bien aéré, où il puisse avoir de la distraction, faire de l'exercice. Il est indispensable que ce traitement soit secondé par une grande régularité dans tout. La fatigue doit être évitée avec beaucoup de soin. Avec de la persévérance, et en commençant ce traitement de bonne heure, on obtiendra des résultats tout autres que ceux des médications suivies jusqu'alors. Lorsque l'amélioration a lieu, il faut représenter au convalescent l'impérieuse nécessité d'éviter tous les excès qui ont eu de si fâcheuses suites, et qui le conduiraient inévitablement à la mort.

Ce régime est encore souvent le meilleur à une époque avancée de la maladie; mais alors il y a certaines précautions à prendre que nous avons indiquées depuis longtemps. Lorsque les paralytiques sont devenus voraces, qu'ils mangent gloutonnement, on doit redouter les accidents d'asphyxie; le meilleur moyen de les éviter est de hacher toutes les viandes, de couper le pain par petits morceaux, et même de les nourrir exclusivement de potages gras. Ces précautions ont d'ailleurs l'avantage de faciliter les digestions et de prévenir les diarrhées.

Les soins de propreté deviennent de plus en plus nécessaires à mesure que le mal fait des progrès. Quand les paralytiques ne peuvent plus se lever, on se trouve bien de les coucher dans des lits à cuvette de zinc, percée d'un trou au milieu, et recouverte d'une couche épaisse de zostère. Plusieurs fois nous avons guéri des escarres en les pansant avec des plumasseaux de charpie enduits de cérat et saupoudrés de quinquina.

Les maladies cérébrales pouvant toutes conduire à la paralysie générale, il faut les attaquer vivement dès le principe.

Parmi les moyens qui, sans avoir une action héroïque, ont souvent rapidement amélioré la paralysie, il faut placer les révulsifs cutanés, tels que le vésicatoire, le bouton de feu, et surtout le moxa. Dans deux cas, nous avons vu l'application du moxa être promptement suivie du retour à la raison.

Les complications de convulsions, d'accès épileptiformes, doivent être combattues par les antiphlogistiques d'une manière modérée, à moins qu'elles ne soient déterminées par des amas de matières, encore préférons-nous l'emploi du calomel.

On a recommandé, dans les périodes avancées de la paralysie, les analeptiques, les toniques, le quinquina.

ARTICLE XXIV.

Idiotisme.

Tour à tour désigné par les noms d'*amentia*, *imbecillitas*, *ingenii fatuitas*, *morosis*, *démence originaire*, l'idiotisme a été confondu avec la démence. Le mot ἴδιος, *solitarius*, exprime très bien l'état d'un homme seul, isolé, détaché du reste de la nature. Le mot *idiotie*, selon M. Esquirol, eût été plus convenable. Il définit l'idiotisme, cet état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais

manifestées, ou n'ont pu se développer assez pour que l'idiot ait acquis les connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge, et placés dans les mêmes conditions sociales que lui. Suivant M. Seguin, l'idiotie est une infirmité du système nerveux, qui a pour effet radical de soustraire tout ou partie des organes et des facultés de l'enfant à l'action régulière de sa volonté, qui le livre à ses instincts, et le retranche du monde moral.

L'idiotie commence avec la vie ou dans cet âge qui précède l'entier développement des facultés intellectuelles et affectives. Les idiots sont ce qu'ils doivent être tout le cours de leur vie; tout décèle en eux une organisation imparfaite, des forces mal employées. Ils sont incurables; on ne connaît pas la possibilité de les guérir. Il est rare qu'ils vivent au-delà de vingt-cinq ans. A l'ouverture du corps, le crâne des idiots offre presque toujours des vices de conformation (Esquirol).

On distingue deux variétés de l'idiotie; dans la première, les facultés intellectuelles et affectives n'ont pu se développer que jusqu'à un certain point; ce défaut de développement caractérise l'*imbécillité*. Dans la seconde, la manifestation des facultés est nulle ou presque nulle; les individus dans cet état sont appelés idiots ou crétins, c'est l'*idiotie* proprement dite. M. Seguin a vivement critiqué cette division, en faisant observer qu'elle ne repose que sur des caractères psychologiques. Il partage l'idiotie en deux sections: 1° l'affection chronique de tout ou partie des masses nerveuses, qui donne lieu à l'idiotie profonde; 2° l'affection partielle ou totale des appareils nerveux qui se ramifient dans les tissus et président à la vie de relation, d'où résulte l'idiotie superficielle.

Dans l'imbécillité, les facultés intellectuelles et affectives n'ont pu se développer que jusqu'à un certain point, quelque éducation qu'aient reçue les imbéciles. Sans être dépourvus de toute intelligence, ces individus n'ont jamais pu s'élever à la raison, aux connaissances auxquelles leur âge, leur éducation, leur rapports sociaux, devaient leur permettre d'atteindre.

Dans la classe ordinaire du peuple, il est des imbéciles qui se livrent aux travaux les plus grossiers, les plus rudes. Dans un rang plus élevé, ils apprennent à lire, à écrire et même la musique; mais ils font très imparfaitement toutes ces choses. Les uns et les autres ne peuvent suivre un projet, prendre une résolution; ils sont d'une imprévoyance complète, ne tiennent à rien; ils n'ont ni amour ni haine durable; ils perdent leurs parents sans chagrin; quelques uns néanmoins sont reconnaissants pour les soins qu'on leur donne.

L'imbécillité offre des nuances infinies; on trouve dans l'intelligence des imbéciles, et dans leurs affections les mêmes variétés que chez les hommes les plus raisonnables. Ainsi, chez les uns, les sensations sont obscures, faibles; chez les autres, les sensations sont multipliées; chez les uns, la mémoire est active; chez les autres, elle est presque nulle ou bornée aux choses les plus usuelles. Il en est qui ont des dispositions particulières, un goût prononcé pour certaines choses qu'ils font assez bien, tandis qu'ils sont inhabiles pour toutes les autres. L'habitude a sur leurs actions une grande influence, et imprime à la manière de vivre de quelques imbéciles une régularité qu'on aurait tort de prendre pour l'effet du raisonnement; mais tous manquent de force, d'attention, ils ne peuvent comparer ni combiner leurs sensations et leurs idées.

Les imbéciles, livrés à eux-mêmes, se dégradent, se nourrissent mal, sont malpropres, ne se garantissent pas des injures du temps, des influences nuisibles; ils sont très paresseux, timides. A l'époque de la puberté, ils deviennent quelquefois furieux, masturbateurs, nymphomanes, hystériques, jaloux; quelques uns tombent dans la mélancolie.

Il est des imbéciles chez lesquels toutes les facultés intellectuelles et affectives sont également bornées, sans être atteintes de nullité. Ce sont des individus qui ne peuvent acquérir qu'un petit nombre d'idées sur chaque objet; ils semblent destinés à être les esclaves, les ilotes de leurs semblables, tous leurs mouvements intellectuels et moraux sont imprimés du dehors; ils ne vivent que d'impulsions étrangères; ils ne pensent et n'agissent que par autrui:

ils sont sérieux, parlent peu, ils répondent juste, mais il ne faut pas leur faire beaucoup de questions ; ils approuvent tout, sont prêts à tout, pourvu que ce qu'on exige d'eux ne les force pas à réfléchir, et ne soit pas hors de leurs habitudes ; s'ils sont au travail, il faut les exciter sans cesse, car ils sont très paresseux.

On appelle *fatuité* cette variété dans laquelle toutes les facultés de l'entendement ne sont pas également lésées, et dans laquelle la manifestation de quelques facultés a acquis plus d'énergie relative. Ces imbéciles ont beaucoup de rapports avec les maniaques sans fureur ; ils leur ressemblent par leur mobilité, par la versatilité des résolutions, des déterminations, des mouvements et des actions.

Ces imbéciles veulent et ne veulent pas ; ils ne peuvent suivre une conversation, encore moins une discussion ; ils prennent au sérieux les choses les plus plaisantes ; ils rient pour les choses les plus tristes ; leurs yeux sont fixes, mais ils ne voient pas; ils écoutent attentivement, ils ne comprennent pas, quoiqu'ils affectent d'avoir compris. Ordinairement contents d'eux-mêmes, s'ils parlent, c'est avec un ton de satisfaction très plaisant ; ou bien ils cherchent les expressions auxquelles leur physionomie ne répond point. Leurs gestes, leurs poses sont bizarres, et jamais en harmonie avec leurs pensées et leurs discours. Leur ajustement les trahit aussi bien que leur maintien, qui est sans contenance et sans but déterminé. Ils sont rusés, malins, menteurs, querelleurs et irascibles, mais très poltrons. Bouffis de prétentions, faciles à conduire et à diriger, incapables d'application et de travail, ce sont des êtres parasites qui vivent sans utilité pour leurs semblables.

Deuxième espèce d'idiotie. — Les facultés intellectuelles et mentales sont nulles, elles n'ont jamais pu se manifester. Le physique est en rapport avec cette privation totale de l'intelligence.

La tête des idiots, trop grosse ou trop petite, est mal conformée, aplatie sur les côtés ou par derrière. Les traits de la face sont irréguliers, le front est court, étroit, presque pointu ; les yeux convulsifs, louches, même des deux yeux ; les idiots ont les lèvres épaisses, leur bouche entr'ouverte laisse couler la salive ; les gencives sont fongueuses, les dents mauvaises. Le défaut de symétrie dans les organes des sensations, indique assez que l'action des sens est imparfaite. Ils sont sourds ou entendent mal ; il sont muets ou ils articulent avec difficulté ; ils voient mal ou sont aveugles. Le goût, l'odorat, ne s'exercent pas mieux ; car ils ne distinguent point les qualités des corps insipides, odorants ; ils mangent tout ce qui tombe sous leurs mains, ils ne repoussent les aliments qu'autant qu'ils ne peuvent les avaler

Le toucher n'est pas plus sûr. Les idiots ont les bras, les mains tordus, estropiés, ou privés de mouvement. Ils tendent leurs bras et leurs mains d'une manière vague ; ils saisissent gauchement les corps, ne peuvent les retenir, et les laissent échapper de leurs mains. Ils marchent maladroitement, sont facilement renversés à terre ; il en est qui restent où on les pose; d'autres marchent spontanément, se meuvent sur eux-mêmes, sans but, sans qu'on puisse deviner ce qu'ils se proposent.

Ainsi les sens des idiots sont à peine ébauchés ; les sensations presque nulles, l'entendement nul. L'intelligence ne peut, chez l'idiot, se produire au dehors, puisque ses instruments sont défectueux. Les sensations ne peuvent se rectifier les unes par les autres, l'éducation ne saurait suppléer à tant de désavantages. Incapables d'attention, les idiots ne peuvent diriger leurs sens ; ils entendent, mais n'écoutent pas ; ils voient, mais ne regardent pas ; privés de mémoire, ils ne pourraient retenir les impressions qui leur viendraient des objets extérieurs ; ils ne comparent rien ; ils ne forment aucun jugement, par conséquent ils n'ont rien à désirer, par conséquent encore, ils n'ont pas besoin de signes qui servent à exprimer les choses et les désirs ; ils ne parlent point. Le langage est inutile à celui qui ne pense point ; aussi peut-on juger du degré de l'intelligence des idiots par leur langage. Ils poussent quelques sons mal articulés, ou des cris, ou des mugissements prolongés qu'ils interrompent pour écarter les lèvres, comme s'ils voulaient rire. S'ils articulent quelques mots, ils n'y attachent aucun sens. Cependant, il en est qui, à la manière des

enfants, ont un langage d'action ou articulé qui est entendu seulement de ceux qui vivent avec eux et qui les soignent. Ce langage est borné aux premiers besoins de la vie et en quelque sorte aux besoins instinctifs qu'ils sont incapables de satisfaire par eux-mêmes. Ils vivent isolés; leur intelligence reste ce qu'elle était à leur naissance ou à l'époque à laquelle ils ont été frappés d'idiôtie. Leurs fonctions digestives n'ont aucune influence sur eux; ils ne témoignent aucun besoin de manger, lorsqu'ils ne voient pas les aliments; pour qu'ils mangent, il faut leur pousser les aliments dans la bouche; ils font leurs besoins partout et sans honte, et souvent sans se sentir.

La plupart des idiots n'ont pas les facultés instinctives; ils sont au-dessous de la brute; ils seraient voués à une mort prochaine, si la tendresse des parents ou la commisération publique ne protégeaient leur existence.

Quelques idiots ont des tics très singuguliers; ils semblent être des machines montées pour produire toujours les mêmes mouvements.

Les idiots sont sujets à la masturbation la plus effrénée.

Il est quelques idiots qui sont privés absolument de plusieurs sens. Quelques uns ont les membres contractés, d'autres dorment le corps roulé.

Les idiots, les crétins et même les imbéciles, offrent quelquefois la plus grande insensibilité. On a vu ces malheureux se mordre, se déchirer, s'épiler. Certes, il y a douleur, mais ils ont si peu le sentiment du moi, qu'ils ne savent pas si la partie affectée leur appartient.

Leur abrutissement moral est en rapport avec la privation de toute sensibilité physique. (*Histoire de l'idiot de Strasbourg*, par le docteur Haidorf, t. XXIII, p. 548.)

Esquirol, auquel nous avons emprunté ce tableau, qui esquisse très bien les caractères moraux et intellectuels des idiots, a peu insisté sur les caractères physiologiques; il est d'ailleurs curieux à étudier sous le rapport des différences qu'il présente avec les faits que nous avons maintenant sous les yeux. Cette lacune a été remplie par M. Seguin. Comme symptômes organopathiques, il signale les doigts minces, secs et luisants comme des tuyaux de plumes, la dureté du ventre, comparée à la mollesse des appareils musculaires qui président à la locomotion, l'épaississement de la langue et des lèvres, la configuration anormale du voile du palais, etc. Les symptômes physiologiques, ajoute M. Seguin, sont aussi positifs et plus précieux pour le diagnostic que les symptômes psychologiques. Les désordres physiologiques constants de l'idiotie sont: 1° ceux des mouvements coordonnés; 2° ceux de la vision; les autres ne sont qu'accidentels ou propres à l'idiotie profonde.

Le mutisme n'est qu'un symptôme secondaire, car il y a des idiots qui parlent, et qui sont cependant plus gravement affectés que ceux qui ne parlent pas; mais, une fois mis à sa place, il ne faut pas le négliger. Le mutisme résulte de deux causes, l'incapacité physiologique de diriger les organes de la parole et le défaut d'intelligence. L'incapacité de direction ou de fixité du regard est, au contraire, un phénomène essentiel de l'idiotie. La surdité est rare chez les idiots, mais beaucoup présentent une absence partielle ou totale de la faculté d'écouter.

Les fonctions du tact sont assez souvent lésées chez les idiots; cette lésion peut se produire tantôt par excès de sensibilité, tantôt par insensibilité; les deux anomalies se rencontrent quelquefois chez le même sujet, sur des organes différents.

Le tempérament lymphatique et les constitutions scrofuleuses accompagnent ou produisent l'idiotie asthénique, qui imprime une sorte d'atonie générale aux individus, tandis que la prédominance des tempéraments sanguin et musculaire donne aux idiots un besoin de mouvement, d'activité, d'agitation, qui emprunte à leur infériorité les formes les plus excessives et les plus dangereuses, les mouvements les plus excentriques et les plus désordonnés.

L'idiot, agité de mouvements mécaniques, diffère essentiellement du précédent. Beaucoup d'idiots à tics nerveux sont, en effet, plutôt exaltés qu'agités. Ces mouvements ont une constance et une mesure uniforme qui les rend très distincts des mouvements spasmodiques.

Parmi les désordres des organes moteurs et locomoteurs, il en est un qui mérite une attention particulière à cause de sa constance; c'est le balancement, sorte de titubation analogue à celle des buveurs. Quelquefois l'idiot, assis, se balance d'avant en arrière; couché, il balance sa tête de droite à gauche; debout, il ne peut se tenir tranquille, et en marche, à plus forte raison, il n'a pas de centre de gravité.

Plusieurs idiots ne peuvent mouvoir au gré de leur volonté certains organes moteurs; à cette incapacité se lient les prononciations vicieuses, le bégaiement, les inaptitudes à divers travaux manuels, l'impossibilité de lacer, de boutonner, de coudre, de s'habiller. A un degré plus avancé, se rapportent les incapacités presque toujours absolues de parler, de retenir la salive, les urines, les déjections alvines.

Les dépravations du goût et de l'odorat qu'on observe chez les idiots sont quelquefois de simples anomalies.

Les fonctions de la vie animale peuvent être gravement modifiées par l'idiotie, mais celle-ci peut aussi résulter de lésions profondes des grands appareils de la vie organique. Ces deux causes sont importantes à distinguer, car, dans le premier cas, les désordres organiques céderont à un régime ordinaire, joint aux diverses gymnastiques qui fortifient les appareils nerveux, tandis que dans le second cas le traitement hygiénique et médical doit dominer le traitement moral et l'éducation.

Outre ces différents symptômes, les idiots présentent un grand nombre de tics; les uns tètent ou sucent leur langue ou leur pouce, d'autres se caressent ou se frottent une partie quelconque du corps. Il y en a qui battent les murs et les personnes de leur tête comme les béliers. Certains idiots cachent tout ce qu'ils trouvent; d'autres ne cessent de fixer la lumière. Il en est qui sont occupés à se déchirer la figure, les bras, les jambes ou les mains. Plusieurs imitent le chant du coq, le bêlement de la brebis, le cri du perroquet, etc. M. Belhomme a cité l'observation d'un idiot qui ressentait le besoin des impressions paires; s'il voyait une croisée ouverte, il en ouvrait une seconde; si on le touchait au bras, il se faisait toucher au bras opposé.

Si nous résumons l'ensemble de ces symptômes physiologiques, nous dirons que la viduité du regard et l'incapacité de regarder avec précision, l'excès de sensibilité partielle, les mouvements mécaniques, le balancement et la titubation, l'incapacité de mouvoir au gré de la volonté certains appareils moteurs non paralysés, sont les symptômes exclusifs de l'idiotie, tandis que le mutisme, la non-audition, l'insensibilité locale ou générale, le relâchement des sphincters, les dépravations du goût et de l'odorat, l'atonie ou l'excès d'irritabilité générale, les désordres des fonctions organiques et sécrétives, ne sont pas des symptômes essentiels à l'idiotie, mais lui sont cependant fréquemment accessoires.

Considéré sous le rapport psychologique, M. Seguin définit l'idiot comme une intelligence mal servie par des organes imparfaits; ses instincts sont bornés, mais impérieux; ses sensations déterminent en lui l'exercice de l'attention, de la comparaison, du jugement, de la mémoire, de la prévision, de la volonté; en un mot, il fait acte de toutes les facultés intellectuelles, et cependant il diffère de tout le monde, parce qu'il lui manque la synergie, la spontanéité d'où jaillit la volonté morale.

L'idiot n'applique ses facultés que dans l'ordre des phénomènes concrets qu'il limite à un très petit nombre, à un seul quelquefois. Dans chaque phénomène, son intelligence semble se hâter d'éliminer toutes les propriétés qui ne sont pas le but de son élection. Tel est l'état intellectuel de l'idiot, ἰδιος, *solitarius*, seul, seul avec sa sensation unique, sans rapport abstrait ni conventionnel volontaire, sans volonté intellectuelle ni morale. Physiologiquement, il ne peut pas; intellectuellement, il ne sait pas; psychiquement, il ne veut pas; et il pourrait et il saurait, s'il voulait, mais avant tout et surtout il ne veut pas!

Étiologie. — Parmi les causes éloignées, il faut tenir compte des dispositions locales dépendantes du sol, de l'eau, de l'air, de la manière de vivre, de la disposition héréditaire. Les causes excitantes sont nombreuses. Les fausses manœuvres dans l'accouchement, les coups sur la tête, les convulsions, l'épilepsie, produisent aussi

cette maladie. L'hydrocéphale aiguë ou chronique, une fièvre grave, l'ont souvent déterminée.

M. Seguin a rangé en quatre groupes les phénomènes qu'on doit reconnaître comme causes de l'idiotie, puisqu'elle leur est fréquemment consécutive. Ces causes sont les suivantes : 1° le crétinisme ; 2° la lymphatisation des races ; 3° les affections cérébrales héréditaires ; 4° les dégénérescences d'organes essentiels à l'économie, lorsque ces dégénérescences se produisent dès la naissance, et sont de nature à réagir sur le développement des appareils nerveux.

On ne saurait confondre le crétinisme avec l'idiotie ; loin d'être la même chose, il en est une des causes possibles. Le crétinisme n'affecte d'idiotie que les sujets qu'il saisit au berceau, frappant d'imbécillité ceux qu'il atteint plus tard, et épargne complétement l'intelligence et les aptitudes des adultes. Donc, pour les enfants à la mamelle, le crétinisme est et demeure une cause non contestée d'idiotie.

Dans les pays bas, humides, marécageux, où le régime alimentaire est peu nourrissant, et où l'on fait un abus général des spiritueux, beaucoup d'enfants sont frappés d'inertie. Les sujets idiotisés par lymphatisation ont la plus grande analogie avec les crétins ; la scrofule, le rachis aggravent cette dégénérescence, qui ne produit que des créatures inertes, courtes, massives, adipeuses, très difficiles à traiter, du moins dans leur pays. Comme l'idiotie, produite par le crétinisme, celle-ci demande, avant tout traitement moral et pédagogique, un changement absolu de régime et de séjour.

L'influence de l'hérédité est incontestable. Quant aux dégénérescences d'organes, il ne s'agit que de ces anomalies qui modifient ou diminuent profondément les fonctions.

Tous les idiots et la plupart des imbéciles sont rachitiques, scrofuleux, épileptiques, hydrocéphales, paralytiques. Les épileptiques présentent un tiers d'idiots. Parmi les Albinos, qui sont de véritables scrofuleux, M. Paw, dans ses *Recherches philosophiques sur les Américains*, dit qu'il y a beaucoup d'idiots.

Au nombre des circonstances qui paraissent favoriser l'idiotie on a signalé les commotions profondes et soudaines de la mère pendant la gestation, l'abus des spiritueux pendant la grossesse, la menstruation à l'époque de la conception, la vieillesse des parents ou la sénilité précoce, le contraste du tempérament des conjoints, les couches heureuses et très rapprochées, le travail assidu du cuivre, l'épilepsie, l'hémiplégie, la paraplégie, la cécité, la surdité.

Lorsque l'idiotie n'a paru se manifester que dans les premiers mois qui suivent la naissance, on l'a attribuée aux excès de boisson de la nourrice ou aux impressions morales qu'elle aurait dû éprouver, aux maladies aiguës et graves de l'enfant, aux dispositions érectiles, natives ou provoquées dans le nouveau-né.

L'idiotie livrée à elle-même s'aggrave. Lorsqu'elle est innée, elle s'annonce par les phénomènes suivants : la tête est volumineuse, les traits de la face délicats ; les enfants ont de la peine à prendre le sein ; ils tètent mal, ne se fortifient pas, leurs yeux sont longtemps avant de suivre la lumière, et sont ordinairement louches. Ces enfants sont maigres et décolorés ; ils ne profitent pas, ne marchent point avant l'âge de cinq à sept ans, même avant la puberté ; ils ne peuvent apprendre à parler, ou s'ils apprennent quelques mots, ce n'est qu'après sept ou huit ans.

Quelquefois les enfants naissent très sains, mais leur esprit est beaucoup plus développé que ne le comporte leur âge. Cette activité n'étant plus en rapport avec les forces physiques, ces êtres prématurés s'usent, s'épuisent trop vite, leur intelligence reste stationnaire, et les espérances qu'ils donnaient s'évanouissent. C'est l'idiotie accidentelle ou acquise.

Esquirol dit qu'il n'y a point de forme propre pour l'idiotie. Une tête trop petite, proportionnellement à la hauteur du corps, une tête trop grosse, peuvent être les têtes d'un imbécile ou d'un idiot ; une face très régulière et une figure déformée peuvent appartenir à un idiot, à un imbécile. Hippocrate avait signalé la tête trop petite, qu'il appelle microcéphale, comme une des causes d'idiotie. Les formes les plus générales sont la petitesse du crâne, l'étendue disproportionnée du diamètre fronto-occipital, l'aplatissement des pariétaux vers

la section temporale, ce qui rend le front de quelques idiots presque pointu; l'aplatissement de l'occipital, du coronal. L'inégalité des deux portions, droite et gauche, de la cavité crânienne est le phénomène le plus constant.

Les recherches statistiques de M. Belhomme méritent d'être connues; ce médecin, dans sa thèse sur l'idiotie, établit que sur 100 têtes d'idiots, 84 présentaient des déformations plus ou moins saillantes du front, de l'occiput et des parties latérales de la tête. Sur 100, 25 avaient un défaut de symétrie bien caractérisé. Sur 100 crânes de proportions convenables, aucun idiot complet ne se trouve dans cette catégorie.

M. Gallice, dans sa thèse (*Quelques notes sur les causes de l'aliénation mentale*, 1841), a mesuré un certain nombre de têtes d'idiots, d'après des données nouvelles; il en résulterait que ce serait au profit de la région occipitale, que le volume de la tête aurait le moins diminué chez les idiots les plus intelligents. Ce résultat viendrait appuyer les faits de M. Leuret, qui l'ont fait insister sur la petitesse de l'occipital dans l'idiotie.

M. Ferrus a signalé, de son côté, une anomalie qui consiste dans le rétrécissement par courbure de la voûte palatine. Ces deux phénomènes réunis ne pourraient-ils pas servir à expliquer pourquoi on rencontre si rarement dans l'idiotie les têtes à forme aplatie?

Morgagni a trouvé le cerveau des idiots très dense; Meckel dit que la substance cérébrale des idiots est plus sèche, plus légère, plus friable que celle des individus sains d'esprit.

Malacarne assure que les circonvolutions du cerveau sont d'autant plus membraneuses, que l'intelligence est plus grande, et que les feuillets ou lamelles du cervelet sont moins nombreux chez ceux qui sont privés d'intelligence.

Esquirol a trouvé, chez presque tous les idiots, les ventricules latéraux très resserrés et d'une très petite capacité.

Lavater dit que le front, rejeté en arrière, et dont la courbure est sphéroïde; que de grandes lèvres proéminentes et ouvertes, dont les commissures sont très relevées, que le menton, en forme d'anse, ou qui se recule en arrière, signalent l'idiotisme. On pourra consulter sur les formes du crâne chez les idiots, les mémoires de MM. Bouvier (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. III, p. 717) et Desmaisons. Le second de ces médecins a formulé ainsi les conclusions de son mémoire : l'idiotie existe quelquefois sans déformation de la tête. Il est impossible d'assigner une déformation propre à l'idiotie, lorsque le volume de la tête et sa symétrie sont conservés. Dans les cas de ce genre, l'aplatissement de la partie postérieure de la tête est aussi fréquent que celui du front (1er juin 1839).

Il est plusieurs de ces propositions qui ont besoin d'un nouvel examen; celle de Malacarne est aujourd'hui à l'état d'hypothèse.

Le diagnostic de l'idiotie ne présente pas de grandes difficultés pour un homme exercé; il est cependant quelques questions nécessaires à faire, lorsqu'on est consulté pour un enfant affecté d'idiotie; telles sont les suivantes : Pouvait-il ou non porter sa tête, lever les bras, regarder, écouter, sourire à la gaieté d'autrui? Sa succion était-elle normale? La parole s'est-elle produite, et quand? A quelle époque, à quelle occasion a-t-elle cessé?

Quand l'enfant a-t-il commencé à tenir quelque chose dans sa main, à se tenir debout, à marcher, et comment marchait-il de un à trois ou quatre ans? A-t-il eu des convulsions, une fièvre typhoïde ou cérébrale, des accès nerveux, épileptiformes, une hémorrhagie commençante, et qui eût disparu depuis?

A quelle époque a commencé la dentition, et quelle marche a-t-elle suivie? A-t-il eu plus d'activité et montré plus d'intelligence et de mémoire, qu'il n'en accuse au moment de l'observation? A quel âge a commencé la période croissante ou décroissante de l'intelligence?

Ces renseignements obtenus, on arrête son observation sur l'état du crâne, si l'état extérieur n'indique rien, la fonction ne trompe pas. Toute lésion profonde des masses nerveuses amène un manque d'équilibre dans la station, la marche, les mouvements alternatifs coordonnés, l'agitation des doigts, etc. Dans l'idiotie superficielle, où ces désordres sont peu marqués, il est rare qu'on ne rencontre point un ou

plusieurs appareils nerveux qui fonctionnent régulièrement, et soient restés dans les rapports normaux avec le cerveau.

Lorsque l'idiotie est consécutive au crétinisme, aux scrofules, à la lymphatisation, le médecin doit interroger les familles sur la marche des premiers symptômes. Dans ce cas, il trouve que les désordres nerveux ont été en s'aggravant; les tissus sont lâches et la peau froide; l'abdomen est météorisé; le crâne très aplati au sommet; les cheveux extrêmement fins et rares; la succion remplace la mordition; la langue est plus épaisse et plus rejetée sur le côté; les tics sont presque nuls, et le sujet est tout entier plongé dans l'atonie.

Sous le rapport de l'incurabilité, M. Seguin considère comme pouvant être complétement incurables les enfants chez lesquels la myotilité est nulle, ceux qui ont une paralysie générale ou une hémiplégie totale, mais non pas tous. Il regarde comme n'étant qu'incomplétement curables la plupart des enfants affectés d'hémiplégie incomplète, de chorée, d'épilepsie.

Le diagnostic de l'imbécillité n'offre point de difficulté quand on peut vous dire que cet état a commencé à deux, trois, dix, quinze ans, qu'on l'attribue à telle ou telle cause; cette cause a disparu, ou elle continue à subsister, elle est occulte ou manifeste, et, si le médecin ne peut obtenir de renseignements, ce sera en énonçant les syptômes manifestes de l'imbécillité qu'il pourra obtenir ces aveux qu'on cherche presque infailliblement à lui cacher. Ainsi un arrêt de développement cérébral, sans lésion apparente, sans déformation sensible, lui donne une indication de l'âge où a dû commencer l'atrophie du cerveau; ainsi encore l'extrême prolongement des membres et de leurs extrémités, la mordition, le mutisme, les embarras de la parole, la qualité du regard, l'état de la pupille, seront autant de signes qu'il devra interroger tout haut, afin que les organes, déposant eux-mêmes, forcent les autres témoins, les parents, à se prononcer.

Le retard de l'intelligence et des fonctions physiologiques essentielles à la vie de relation, ne peut jamais être confondu avec l'idiotie, car le retard est un degré de développement en moins, et l'idiotie est une infirmité. Les enfants le plus gravement arriérés se distinguent facilement des idiots en ce qu'ils n'ont pas de mouvements mécaniques, et des imbéciles en ce qu'ils ne sucent ni ne mordent habituellement. D'autres signes font encore distinguer de ces deux catégories les enfants arriérés, c'est la forme de leur crâne qui est normale; c'est l'absence de déperdition involontaire de la salive, le non-balancement dans la marche; le regard qui, sans avoir beaucoup d'éclat, ne fuit ni ne se perd dans le vague; c'est enfin la présence des sentiments moraux, de la gaieté, de l'obéissance, du sentiment du devoir, de l'amour de la famille.

Traitement. — Avant l'apparition du livre de M. Seguin (*Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*), on ne possédait aucunes règles de traitement pour les idiots; l'ouvrage du docteur Dubuisson, *des Vésanies*, Paris, 1816, article IDIOTISME, p. 303, montre combien les idées sur ce sujet étaient peu avancées. Des hommes de mérite avaient tracé quelques préceptes, mais aucun d'eux n'avait systématisé ses idées. On peut consulter à ce sujet les travaux de MM. Ferrus, Belhomme, Voisin, etc. Pour être juste, il faut dire que, le premier en France, M. Belhomme avait signalé dans sa thèse sur l'Idiotie (1824), l'éducabilité des idiots. M. Seguin partage la thérapeutique en trois parties, l'hygiène, l'éducation, les moyens moraux (traitement moral).

La gymnastique est l'élément indispensable de cette méthode; on commence par habituer l'idiot à se servir de ses mains, au moyen de l'échelle, puis dès qu'il en a pris l'usage, on applique cette connaissance aux besoins de l'alimentation, aux occupations, etc. C'est par une tactique analogue qu'on lui enseigne à se servir de ses pieds, à régler ses mouvements. Lorsque les enfants sont agités, il faut obtenir d'eux l'immobilité, ce qui est souvent difficile. L'auteur cite un cas où il resta cinq semaines assis devant un enfant, tenant ses genoux et ses pieds entre les siens, une de ses mains fixant les deux siennes sur ses genoux, tandis que l'autre ramenait incessamment devant lui sa face mobile.

Les sensations étant les premières connaissances de l'homme, il faut exercer les

appareils sensoriaux, en prenant tour à tour le toucher, la vue, l'ouïe, le goût et l'odorat. Pour développer le tact chez un enfant idiot, on lui présente successivement : 1° des liquides chauds et glacés ; 2° des liquides astringents, émollients, onctueux, etc. ; 3° des corps résistants ou élastiques ; 4° des corps muqueux, laineux, cotonneux, soyeux, polis, etc. ; 5° des corps pesants et légers ; 6° des corps de même forme, mais de volume gradué ; 7° des corps de dimension graduée ; 8° des corps de configuration variée. L'éducation de la vue se fait de la même manière.

Lorsqu'on est parvenu à faire connaître à l'enfant la couleur, les dimensions, la configuration, l'agencement, le plan, les images, on passe à l'étude du dessin ; dans ce but, on lui apprend successivement : 1° à tracer les diverses espèces de lignes ; 2° à les tracer dans des directions variées et dans des positions diverses relativement au plan ; 3° à réunir ces lignes pour former des figures graduées du simple au composé. De cette analyse raisonnée du dessin naît l'écriture.

Pour la lecture, on a un casier où se rangent vingt-cinq cartons mobiles, portant chacun une lettre peinte, sur laquelle vient s'adapter exactement une lettre pareille en métal. Dès qu'un enfant commence à lire des syllabes, et à mesure qu'il avance dans la lecture, tous les noms à sa portée, et à son usage, doivent être écrits, ou mieux imprimés sur des cartons, et on doit, dès qu'il les a lus, les lui faire placer sur des objets qu'ils représentent, comme *pain*, *vin*, *verre*, *couteau*, etc., ensuite, on présente les objets à l'élève, et il faut qu'il en trouve le nom parmi un plus ou moins grand nombre de mots mis sous ses yeux.

De cette manière, l'idiot acquiert un nombre plus ou moins considérable de notions, et celles-ci le conduisent par une conséquence naturelle à avoir des idées. La nomination ou la substantivité étant le point de conjonction où aboutit toute notion et où commence toute idée, il faut attacher le nom écrit et prononcé à la chose ; l'y attacher d'une façon indissoluble, par la parole et l'écriture, par la pratique de tous les instants. Étant connus l'objet et son nom, on en fera apprécier les propriétés et les rapports possibles de qualité, d'action, de position et de composition.

Le verbe, comme l'adjectif, s'enseigne en le faisant lire ou mieux écrire à l'élève. Ainsi, on écrit sur un tableau *frapper sur la table*, et il doit montrer d'abord le verbe écrit, et produire le mouvement indiqué, puis *vice versâ*.

Le moment est venu de donner une étude plus complète à l'idiot, de développer ses facultés. Pour cultiver sa mémoire, on l'exerce premièrement sur des phénomènes sensibles. Ainsi, on lui demande un objet placé à quelque distance, et il l'apporte ; on lui en demande deux, puis trois, puis quatre, choisis parmi beaucoup d'autres ; on lui commande ensuite des actes personnels ; puis si l'on réussit, on l'étend au non-moi, en commençant par le concret et en finissant par l'abstrait.

Il faut ensuite développer en lui la prévision et la prévoyance ; les occasions les plus vulgaires parviendront à ce résultat. Ainsi veut-il manger ; demande-t-il où sont les fruits, le pain. Cherchez, lui répondez-vous ; et sans le faire paraître, vous le guidez dans ses recherches. Plus tard, il n'aura pas de quoi acheter en route un rafraîchissement, faute d'avoir pensé à prendre de l'argent sur lui, faute d'en avoir gagné par son travail de la matinée, faute de savoir compter. Pour enseigner cette dernière science à l'idiot, on lui fait palper des chiffres, comme on lui a fait manier une pioche. Le meilleur moyen consiste dans l'emploi d'un compteur composé de boules numérotées jusqu'à cent, et passées dans des broches qu'on doit avoir la facilité de déplacer, de manière à pouvoir en retirer les boules, et à n'en laisser qu'une ou deux à volonté.

L'étude de l'histoire naturelle se fait en prenant la nature par le côté usuel. Pour le règne animal, on fait distinguer les individualités les plus tranchées par leurs formes, leurs couleurs, leurs dimensions ; pour le règne végétal et quelques minéraux usuels, on fait apprécier les différences de forme, de feuillage, de fruits, de malléabilité, de ductilité, de saveur, d'odeur, etc.

Si la plupart des enfants idiots peuvent être familiarisés avec le calcul par le compteur, l'usage gradué des monnaies, les

échanges progressivement plus compliqués, il n'est pas plus difficile de leur donner des connaissances positives relativement à leur position géographique. Un mètre à la main, mesurant, comparant de tous côtés les distances, les dimensions, vous aurez bientôt intéressé l'élève à savoir le plus ou moins grand, le plus ou moins court ou long. La longueur de la chambre, comparée à sa largeur, puis comparée à telle ou telle autre pièce de l'appartement; puis la longueur relative du jardin et de la cour, et leur position en regard de la maison qu'il habite; puis la longueur de telles rues et leurs positions relativement à la maison; puis progressivement la topographie de la ville entière: tels sont les moyens qui permettront d'initier l'enfant à l'étude de la géographie.

Jusqu'alors on a montré comment on peut régulariser les fonctions, développer les aptitudes et les facultés d'un idiot; il faut appliquer ces fonctions, ces aptitudes, ces facultés à la vie personnelle et à la vie sociale, aux rapports que l'enfant doit établir avec lui-même, avec les choses et avec les personnes. Assez généralement les idiots pèchent par la décence; on les vêt assez commodément pour qu'ils puissent exécuter aisément la manœuvre qu'on exige d'eux; on les accompagne dans tous leurs actes, on leur montre comment soi-même on dissimule les choses et les parties qu'il importe de cacher. C'est toujours en suivant les mêmes procédés qu'on arrive à régulariser les habitudes du corps, les attitudes, la marche, le monter et le descendre, le vêtissement, la préhension des aliments, les goûts, les travaux.

Le traitement moral est ici de la plus haute importance. Absolument parlant, il consiste dans l'emploi raisonné de tous les moyens propres à développer et à régulariser l'activité, l'intelligence et les passions des idiots. Ces moyens sont de trois sortes: 1° Les moyens personnels au maître; 2° les moyens personnels à l'enfant; 3° les moyens de moralisation intermédiaires au maître et à l'enfant. L'ensemble de ces moyens constitue une science qu'on peut appeler médico-pédagogique, qui exige de la part de celui qui la pratique beaucoup d'expérience et un grand empire sur lui-même. Le traitement moral des idiots étant une véritable éducation à refaire, les qualités de l'instituteur sont du nombre de celles que le travail développe, mais que la nature seule peut donner.

Nous n'avons donné qu'une ébauche du plan de l'ouvrage de M. Seguin; il y a sans doute des lacunes de notre part, mais telle qu'elle est, il faut reconnaître que cet ouvrier de la pensée place la question des idiots à un tout autre point de vue que ses devanciers. Pour l'originalité, la hardiesse des idées, il existe entre lui et M. Leuret beaucoup d'analogie.

Esquirol disait: «On peut jusqu'à un certain point améliorer le sort des imbéciles, en les accoutumant de bonne heure à quelque travail qui tourne au profit de l'imbécile pauvre, ou serve de distraction à l'imbécile riche. Les idiots ne demandent que des soins domestiques très attentifs et très assidus.» La distance qui sépare ces deux hommes est tout entière dans ce paragraphe.

» Nous avons voulu voir, dit M. Brierre, l'application de cette pédagogie, très modifiée il est vrai, conçue même, nous a-t-on dit, sur d'autres bases, mais dont la formule n'appartient pas moins à M. Seguin. Dans ce but, nous nous sommes rendu à Bicêtre, dans le service de M. Voisin, division des idiots, confiée depuis plusieurs années aux soins éclairés de M. Vallée. M. Mallon, directeur de l'hospice, me dit: «Notre but est de tirer le meilleur parti possible de ce qui reste à ces pauvres enfants de forces motrices, de facultés morales et intellectuelles.» La classe dans laquelle j'entrai se composait d'une cinquantaine d'enfants parmi lesquels se trouvaient une dizaine d'épileptiques qui, par leur intelligence, servaient de moniteurs. Je les passai en revue avec le plus grand soin: le cachet de l'idiotisme était imprimé sur toutes ces figures, à des degrés différents sans doute, mais incontestables.

» Ils étaient rangés en demi-cercle, se tenant debout, tranquilles, n'exécutant aucun mouvement désordonné, et gardant tous leur rang. Il y en avait d'âges fort différents, depuis six ans jusqu'à dix-huit. L'aspect de leur physionomie annonçait la santé. Pendant une heure que durèrent les exercices, ils ne commirent au-

cun acte d'indiscipline et ne firent aucune demande inconvenante.

» Les premiers exercices furent ceux du chant, auxquels le plus grand nombre prirent part; trois ou quatre seulement ne s'y joignirent pas. Les intonations étaient justes et l'ensemble satisfaisant. Les morceaux consistaient en des espèces d'hymnes; l'orchestre était formé par des aveugles. Un petit enfant de six ans, depuis peu de mois dans l'établissement, et qui y avait été conduit dans un état déplorable, parlant à peine, ne pouvant se tenir en place, chanta avec sentiment et d'une manière convenable trois strophes qui étaient redites en chœur par les autres idiots. Ce petit enfant récita fort distinctement, et avec des nuances assez bien marquées, la fable du *Loup et l'Agneau*.

» Les exercices de la danse furent exécutés par trois enfants avec une grande précision, et je dirai même avec une certaine élégance. Les autres semblaient les regarder avec quelque attention. Un des sous-maîtres fit avancer trois idiots, qui exécutèrent plusieurs exercices militaires sans erreur.

» Les cahiers d'écriture, rassemblés sur une table, étaient propres, bien tenus, et quelquefois d'une correction et d'une netteté qui auraient pu soutenir la comparaison avec ceux des enfants les plus intelligents. Je remarquai surtout l'écriture d'un idiot louche, paralysé, à bouche large, dont la langue avait toutes les peines du monde à rester dans sa cavité, qui n'articulait que fort difficilement, marchait sur les genoux, et dont les mains étaient difformes. Son exemple, qui représentait l'écriture d'un enfant de six à sept ans, était fort propre et fort lisible. M. Vallée le fit approcher d'une table, et, mettant devant lui une planche en ardoise sur laquelle il avait écrit mon nom, il lui recommanda de le copier. Il faut avoir vu la figure, les gestes de ce type parmi les types, pour comprendre ce qui a été dépensé de patience, de moyens pour assouplir, façonner une pareille nature : le nom fut copié d'une manière très lisible. Ce même idiot joua une partie de dominos avec le docteur américain Fisher; son plaisir en prenant les dés était manifeste. La première partie lui ayant été contraire, nous pûmes observer sur sa figure toutes les nuances du mécontentement, jusqu'à ce que, voyant le dernier domino de son adversaire placé, il se rejeta en arrière sur sa chaise, montrant qu'il voulait s'en aller. Sur la proposition que lui fit l'Américain de lui donner une revanche, il exprima sa joie de la manière la plus vive; sa satisfaction fut extrême, quand il s'aperçut qu'il avait gagné. L'instituteur mit ensuite devant lui un modèle où plusieurs mots étaient tracés, et en face un casier où étaient étiquetées toutes les lettres; il l'engagea à écrire un des mots qu'il lui désigna. Ce pauvre idiot, se frottant les mains, alla chercher successivement toutes les lettres et composa le mot qui lui avait été demandé.

» M. Vallée prit un idiot de quinze ans environ et le conduisit au tableau; il me pria de lui dicter une phrase; il l'écrivit aussitôt sans faire une seule faute d'orthographe et avec toutes les majuscules, à l'exception d'une seule; sur une simple observation du maître, qui lui demanda si tout était bien, il effaça une petite lettre pour en mettre une grande.

» La gymnastique remplaça pendant quelques instants les exercices intellectuels. Deux enfants, s'arc-boutant les pieds et tenant chacun un bâton uni à l'autre par une tige de cuir, se relevaient et se couchaient alternativement. Cinq idiots, placés en ligne, et qui ne recevaient de leçons que depuis peu de temps, désignèrent successivement toutes les parties du visage qui étaient énoncées à haute voix par le maître; il y eut fort peu d'erreurs.

» J'avais remarqué un idiot de quinze à seize ans, le onzième du rang, dont les yeux louches, les mouvements de tête, les paroles saccadées et l'expression générale indiquaient un des types les plus prononcés de l'espèce. Pour me mettre à même d'apprécier les progrès qu'il avait faits, le directeur me fit apporter les feuilles de signalement. C... était depuis le mois de juin 1843 dans l'établissement (quatre ans). Qu'on se représente un être sans parole articulée, ne pouvant rester un instant tranquille, exécutant les mouvements les plus désordonnés, d'un cynisme révoltant, poussé par l'instinct de la destruction, dévorant tout ce qui lui tombait sous la main, mais ayant le sentiment de l'appro-

bation, et l'on n'aura encore qu'une faible idée de ce qu'était cet infortuné au moment de son admission. Sur l'invitation de M. Vallée, il nomma toutes les figures de géométrie en carton qu'on lui mit entre les mains, les désigna sur le papier, et les retraça sur le tableau à l'aide d'une règle et d'un compas. Ce dernier exercice fut quelquefois accompagné d'hésitation; puis, quand il avait fini, il répétait plusieurs fois le mot. Un bandeau lui ayant été appliqué sur les yeux, il appela également par leur nom les différentes figures qui lui étaient remises.

» On lui présenta un petit droguier dans lequel étaient vingt substances différentes dans des bocaux. Chaque flacon, successivement débouché et odoré, fut indiqué comme il convenait; il restait un peu plus de temps quand les odeurs étaient faibles, mais il nommait à l'instant toutes les odeurs pénétrantes, comme l'éther, l'ammoniaque. Le goût lui servait aussi à en indiquer d'autres. On renouvela l'épreuve du bandeau; il ne fit presque pas d'erreur. Une carte sur laquelle étaient marquées les principales couleurs ne donna lieu à aucune hésitation. L'instituteur lui présenta une série de chiffres qu'il apprécia parfaitement tant qu'ils ne dépassèrent pas deux : plusieurs fois il hésita lorsque le groupe se composa de trois chiffres; mais si l'on éloignait le chiffre qui désignait les centaines et qu'on le rapprochât ensuite des dizaines et des unités, il ne se trompait plus.

» Un autre enfant de quatorze ans, interrogé sur les opérations les plus usuelles de l'arithmétique, répondit fort bien : — Combien font 6 et 8? 14. — 14 et 6? 20. — 23 et 5? 28. — Quelle est la moitié de 50? 25. — Le double de 15? 30. — 6 multipliés par 6, que donnent-ils? 36. — 6 fois 9? 54. — Multipliez 244 par 26.

1,464
4,88
―――
6,344

» M. Vallée pria C... de faire quelques calculs. Les limites de son intelligence ne lui permettaient pas l'emploi des mêmes moyens. Pour lui faire résoudre les questions qu'on lui adressait, on mit devant lui un tableau sur lequel étaient disposés en colonne quinze chiffres, depuis 1 jusqu'à 15; en face de chaque chiffre étaient placés des ronds blancs, en nombre égal. On lui demandait le chiffre désigné : tantôt il le nommait tout de suite, tantôt il commençait par compter les ronds. Si l'on en cachait quelques uns, il indiquait le nombre de ceux qui restaient.

» Les opérations de quelques uns de ces idiots s'accomplissaient par des procédés plus ou moins longs. Ainsi l'un d'eux, auquel on avait remis douze jetons, invité à les diviser en parties égales, les rangeait d'abord sur une colonne, puis prenait les jetons un à un pour les placer à côté l'un de l'autre; lorsque les deux colonnes étaient égales, il s'arrêtait et montrait avec son doigt le travail. Lui disait-on de prendre le quart, il rangeait d'abord la totalité en une seule ligne, plaçait ensuite trois ronds l'un sur l'autre, et recommençait quatre fois la même opération.

» M. Vallée appela mon attention sur un de ces enfants frappé d'idiotie, chez lequel la faculté de la numération existait de la manière la plus remarquable; les multiplications les plus compliquées étaient faites à l'instant. Son procédé consistait à faire mentalement la multiplication des unités, des dizaines, des centaines, et à additionner tous ces résultats. Le maître lui ayant demandé de multiplier 64 par 42, il indiqua le produit total, 2,688, avant que l'instituteur, qui faisait les calculs au crayon avec rapidité, eût terminé son opération. Cet enfant, qu'on connaît dans l'hospice sous le nom de B...., et qui est ouvrier cordonnier, devait tout naturellement reporter la pensée sur ces pâtres de la Touraine et de la Sicile que nous avons vus, à l'Académie des sciences, résoudre, avec la promptitude de l'éclair, les calculs les plus compliqués. Qui sait jusqu'où il serait allé, si au lieu d'en faire un ouvrier capable de gagner sa vie, M. Vallée l'eût transformé en une petite merveille? Mais n'oublions pas aussi que tous ces météores, après avoir surpris un instant l'attention publique, sont retombés dans l'oubli le plus complet, et que la science n'en a jamais tiré aucun parti.

» La leçon se termina par quelques exercices de solfége. Nous passâmes ensuite

dans une salle où étaient rangés le long des murs une trentaine de dessins, généralement bien faits, et que n'auraient pas désavoués des maîtres de pension. A peu de distance étaient les ateliers de menuiserie et de cordonnerie, dans lesquels nous retrouvâmes la plupart des idiots que nous avions déjà vus figurer dans les différentes leçons. L'atelier de menuiserie en comptait environ une douzaine, comme celui de la cordonnerie. C... rabotait avec beaucoup de régularité une grande planche; les uns fabriquaient de petites armoires, les autres des jalousies; toutes les pièces avaient été faites par eux. On leur confiait rabots, ciseaux, varlopes, étaux, sans qu'il en résultât aucun accident. Le plus grand silence régnait dans cet atelier comme dans celui de la cordonnerie. Nous prîmes successivement plusieurs des pièces de celles qu'ils cousaient; les points étaient sur une ligne droite, suffisamment rapprochés et parfaitement égaux. Plus de soixante paires de souliers, placés dans une armoire, avaient été fabriqués par eux.

» M. Mallon me dit que dans la belle saison, beaucoup d'entre eux s'occupaient des travaux agricoles. J'avais remarqué dans la classe que, quoiqu'ils fissent attention à ce qui se passait, ils ne se parlaient presque pas. Je retrouvai le même isolement dans les ateliers. Cette circonstance n'a rien qui doive surprendre, car le besoin de communication est en rapport avec le nombre des idées, et celles des idiots sont généralement très limitées.

» Nous sommes entré dans des détails circonstanciés sur cette visite, parce que nous voulions donner l'exemple à côté du précepte, et faire toucher du doigt les difficultés qui avaient été vaincues. A force de patience, de volonté et de capacité, de pauvres idiots étaient parvenus à lire, à écrire, à compter, à dessiner, et, ce qui était encore plus utile pour eux, à travailler. Mais il ne fallait pas se dissimuler que le maître, le surveillant étaient sans cesse à côté d'eux, qu'ils les dirigeaient du geste, de la voix et du regard, en un mot qu'ils étaient leurs chefs de file. Évidemment il ne pouvait y avoir aucune comparaison entre les idiots bavant, aux mouvements désordonnés, gloussant, criaillant, inhabiles à tout travail, dépourvus de sentiments moraux, n'ayant que de bas instincts, et ceux que nous avions sous les yeux. Il était hors de doute qu'on avait réussi à sortir l'idiot de sa torpeur, à en faire un homme présentable; mais il ne fallait pas l'examiner trop à fond, parce qu'on ne tardait pas à acquérir la conviction qu'on avait devant soi un individu qui n'aurait jamais l'initiative. C'est là, en effet, le cachet de cette triste maladie : à force de dévouement, de miracles de patience, vous formerez des hommes qui pourront accomplir certains actes, vaquer à quelques travaux; pour qu'ils continuent à marcher, il faudra qu'ils sentent toujours derrière eux le souffle du maître, et jamais d'eux-mêmes, du moins dans le plus grand nombre de cas, ils ne prendront une initiative raisonnée. Je ne veux point aborder ici la question des alliances; mais le perfectionnement des races peut-il avoir lieu quand vous jetez dans la circulation de pareils éléments?

» Je ferai une autre remarque qui a bien son côté pratique. Je crois qu'on peut quelquefois améliorer le sort des idiots, sans mettre en usage les règles si bien tracées de la méthode de M. Seguin. Il y a plusieurs années, le docteur Corby fit placer dans mon établissement un jeune homme de quatorze ans qui arrivait de l'Amérique. Il était assez fort, d'une physionomie peu agréable, et avait quelque chose de méchant dans le regard. Lorsqu'on l'amena, il ne parlait que par saccades, faisait entendre un grognement qui se changeait bientôt en hurlement, si on lui adressait des questions. Sa tante ayant voulu l'embrasser, il poussa des hurlements prolongés, et il fallut que celle-ci s'éloignât. Pendant deux mois il resta isolé, mangeant avec voracité, ne parlant pas, et prêt à frapper à la moindre attaque : c'était une brute dans toute la force du terme. Ayant remarqué que ma femme avait quelque influence sur lui, je la priai de s'en occuper. Plusieurs mois de soins assidus et bienveillants amenèrent une métamorphose complète dans cet enfant; il put répondre aux questions qu'on lui adressait, se livrer aux soins du ménage, se vêtir, apprendre à former des lettres, à lire un peu. Sa mémoire était ex-

cellente. Son intelligence ayant acquis un certain développement, ma femme lui fit faire des exercices religieux, lui apprit son catéchisme, et il en saisit si bien les explications, qu'il put répondre beaucoup mieux que des enfants de douze à treize ans ; aussi lui permit-on de faire sa première communion. Il allait dans sa famille, y passait la journée, et ne faisait jamais rien d'inconvenant. Au bout de deux ans, il nous quitta pour retourner avec ses parents. Je les prévins que les mauvais instincts qui existaient chez cet enfant, et qui avaient été modérés, refoulés par l'influence qu'exerçait sur lui ma femme, pourraient reparaître, s'il ne sentait plus le frein régulateur. Le changement entre l'arrivée et le départ était prodigieux ; il avait été obtenu par des moyens bien simples, une surveillance continuelle, une influence morale. On ne pouvait cependant se dissimuler que, malgré ce que ce jeune homme avait acquis, il ne saurait se défendre contre les ruses des habiles, et que s'il était abandonné à lui-même, sa fortune serait la proie du premier intrigant. Cet exemple n'est pas le seul, nous pourrions citer celui d'une autre idiote.

Il y a certes loin des effets obtenus par MM. Seguin, Vallée, Voisin, Ferrus, dans le traitement des idiots, à l'opinion émise par Esquirol, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, à l'article Idiotisme, à savoir : que les idiots ne demandent que des soins domestiques très attentifs et très assidus. Mais nous croyons être dans le vrai, en disant qu'il faut bien se garder des extrêmes. On améliorera l'état physique, intellectuel et moral de ces malheureux, on leur assignera même un degré d'utilité dans le grand atelier humain ; jamais on n'en fera des hommes complets, par la raison toute simple qu'un organe qui a subi un arrêt de développement ne peut valoir un organe bien constitué.

ARTICLE XXV.

Crétinisme.

Au-dessous de l'idiot se trouve le crétin, véritable monstre, lorsqu'il est complet, chez lequel il y a privation totale et originelle de la faculté de penser. Tous les voyageurs qui ont pénétré dans les gorges de la vallée de Saint-Jean-de-Maurienne, pour passer en Italie, reconnaissent la vérité de cette définition.

Les enfants qui doivent être complétement crétins naissent, la plupart, avec un petit goître de la grosseur d'une noix ; ils sont moins sensibles que les autres nouveaux-nés à la première impression atmosphérique. Ils tettent souvent difficilement et sont toujours assoupis. A l'âge où les autres enfants commencent à prononcer quelques mots articulés, ceux-ci n'émettent que des voyelles sans consonnes, et cette gamme étrange est tout leur langage articulé. Ce n'est que vers l'âge de dix à douze ans qu'ils commencent à se tenir sur leurs jambes et à proférer quelques sons. La plupart des crétins de ce degré sont aveugles, sourds et muets. Beaucoup sont paralytiques. Lorsqu'ils sont assis, il faut les fixer avec des liens, pour les empêcher de tomber. Leur taille quelquefois ne dépasse pas un mètre. A mesure qu'ils avancent en âge, ils deviennent de plus en plus difformes, mais le goître est moins volumineux que dans les autres degrés. Leur peau devient rugueuse, brune : on les appelle alors marrons. Leurs lèvres, renversées en dehors, laissent voir une langue épaisse et quelquefois pendante. De leur bouche s'écoule une salive visqueuse. La plupart des instincts eux-mêmes ont disparu ; il faut leur introduire les aliments dans la bouche et les pousser jusque dans le pharynx et l'œsophage. Les matières fécales et l'urine s'échappent involontairement.

La tête des crétins complets est en général petite, plate au sommet, les tempes écrasées, le visage plat et carré. Leur regard est fixe, égaré. La poitrine est ordinairement plate et étroite ; les doigts des mains sont minces et longs, les jointures peu marquées ; la plante des pieds est large et le plus souvent le pied se porte en dehors ou en dedans.

Le crétin devient pubère plus tard que les autres, et alors les organes de la génération acquièrent un grand volume, ce qui rend l'individu très lubrique, et, comme le singe, très enclin à l'onanisme.

Telle est la vie physique et morale de ces crétins qui, la plupart, meurent de

vieillesse, étant peu sujets aux maladies et menant par nécessité une vie très sobre (Fodéré, *Traité du goître et du crétinisme*, Paris, an VIII, p. 126). M. Fauconneau-Dufresne dit, au contraire, qu'il est rare qu'ils vivent au-delà de vingt-cinq ans. Ils passent, selon l'expression de M. Cerise, de l'enfance à la décrépitude. (*Du crétinisme et de ses causes. Du traitement et de l'éducation des crétins. Des établissements de l'Abendberg et de Bicêtre*, Paris, 1846, p. 7.)

Le crétinisme incomplet se subdivise en deux degrés : les individus qui appartiennent au plus élevé sont tardifs, et ne marchent que vers trois, quatre et cinq ans. Beaucoup portent un petit goître en naissant. A mesure qu'ils avancent en âge, les symptômes se prononcent davantage; la physionomie est stupide; les yeux sont écartés, enfoncés, souvent myopes et louches; les paupières rouges, épaisses et chassieuses. Le nez est épaté. Les lèvres sont volumineuses et ouvertes. La tête est mal conformée et s'incline. Le corps thyroïde acquiert des dimensions quelquefois énormes, au point que le goître pend sur la poitrine. Comme celui-ci comprime les divers organes placés dans son voisinage, la face est congestionnée, la voix altérée et la respiration laborieuse. La parole est embarrassée, gutturale et souvent nulle. La peau est terreuse; les chairs sont flasques; la taille reste au-dessous de la moyenne. Les membres, mal conformés, contribuent à rendre les mouvements incertains. Ces individus sont d'une paresse invincible; ils restent toute une journée assis ou couchés à la même place. Leur intelligence, presque nulle, ne leur permet guère d'apprendre à lire ni à compter. Leurs sens sont obtus et leur sensibilité peu développée. Leur attention ne se fixe que pour satisfaire leur appétit. Ils sont quelquefois méchants, insultent, frappent, et mordent même ceux qui les approchent.

A un degré moins élevé, les crétins ne diffèrent pas sensiblement des autres hommes; leur intelligence seulement est peu développée. C'est une sorte d'imbécillité mitigée, accompagnée de quelques déformations, du goître en particulier. Quelques uns acquièrent une certaine habileté dans un art, tel que le dessin, la musique, la mécanique. On remarque aussi quelquefois que le goût de l'ordre est très développé, ainsi que la mémoire des lieux, des personnes et des nombres. Ces demi-crétins, dit Fodéré (*ouv. cité*), sont souvent fourbes, lâches, avares et procéduriers. Lorsqu'il n'y a qu'une disposition au crétinisme, les enfants se développent parfois assez bien pendant les premières années de leur vie, apprennent à marcher et à parler, jusqu'à ce que, vers la troisième, quatrième ou cinquième année, leurs progrès cessent et leur intelligence s'engourdisse. Après la septième année, la maladie se déclare rarement. Cependant, dans quelques cas rares, cela a été observé vers l'âge de huit à dix ans, et même aux approches de la puberté, surtout dans quelques provinces d'Autriche; et une remarque analogue a été faite en Amérique par Ulloa.

Le crétinisme peut se compliquer du rachitis, de l'atrophie, des scrofules, de la phthisie, etc. Le goître n'est pas essentiellement lié au crétinisme; car il existe des individus, porteurs de goîtres énormes, qui n'ont aucunement l'intelligence affaiblie, de même qu'on voit des crétins très avancés dont le corps thyroïde n'a subi aucun développement anormal. D'après M. Cerise, les crétins des deuxième et troisième degrés seraient *mégalo-céphales*. Ce médecin, en effet, ayant mesuré les crânes de 105 individus de ces catégories, a trouvé leurs dimensions plus considérables que chez les autres sujets. Une seule déformation parmi celles qu'ils présentent, semblerait constante, et consisterait dans une dépression fronto-temporale plus ou moins prononcée.

L'étude des localités où s'observe le crétinisme est indispensable pour mieux apprécier l'influence des diverses causes de cette maladie.

On rencontre les crétins à peu près exclusivement dans les vallées profondes et humides, étroites et obscures, circonscrites par de hautes montagnes; conséquemment où l'air, à l'abri des vents, est stagnant et chargé de vapeurs chaudes, humides et de brouillards. C'est ce qui a lieu dans cette partie des Alpes qu'on appelle le Valais, la Maurienne, la Tarentaise, la vallée d'Aoste et le Tyrol. Fodéré a fait de nombreuses recherches hygiéniques desquelles il ré-

sulte que le nombre des goîtreux et des crétins suit les proportions de l'humidité atmosphérique (*ouvr. cité*, p. 175 et 176). L'opinion de ce savant sur l'influence d'un air chaud, humide et stagnant dans la production du goître et du crétinisme, était aussi celle de de Saussure et de Bénédict. De Saussure avait remarqué, en effet, que c'était dans les villages exposés aux rayons du midi et les plus rapprochés des marais, que l'on trouvait un plus grand nombre de crétins. M. de Humboldt a combattu cette influence, en indiquant, comme ravagées par le goître et le crétinisme, certaines localités de la Colombie situées sur des plateaux secs, dépouillés d'arbres et constamment balayés par les vents. Nous ferons remarquer que la hauteur des localités, invoquée par ce savant, correspond, relativement au climat, à celle où le crétinisme se montre dans les Pyrénées et dans les Alpes. En parlant de ces mêmes contrées, M. Boussingault a avancé que, lorsqu'on s'élève en gravissant les différents étages des Cordilières, le décroissement de l'humidité dans les couches d'air est loin d'être aussi rapide dans ces montagnes qu'il l'est dans celles des autres latitudes. Sans diminuer l'importance du rôle que joue l'air chaud et humide dans les productions du goître, M. le docteur Cerise, qui a étudié le goître et le crétinisme avec le plus grand soin dans les Alpes, admet que ces maladies peuvent être le résultat d'un concours de circonstances diverses.

Au nombre des causes du crétinisme, on a rangé l'usage, pour boisson, des eaux qui proviennent de la fonte des neiges ou de celles qui sont chargées de certains principes salins. Cette opinion, soutenue par Bartholin, MM. Bailly et Coindet, a été victorieusement réfutée par MM. de Humboldt, de Saussure, Ferrus et Fodéré. Ainsi, d'après M. de Saussure, il existerait des villages traversés par un ruisseau auquel les habitants des deux rives iraient s'abreuver, et le goître s'observerait chez les uns, tandis qu'il manquerait chez les autres.

Cependant, d'après MM. Ingres et M'Clelland, il faudrait admettre l'influence des eaux chargées de principes calcaires à certaines proportions. Le premier de ces auteurs, en suivant toute une ligne parcourue par une bande de calcaire magnésien, a vu se produire, avec une constance démentie seulement sur le bord de la mer, l'hypertrophie de la glande thyroïde. M. M'Clelland prétend que, dans le pays de Thore (Hindoustan), les villages affectés avoisinent les roches de calcaire disposées parallèlement le long des chaînes centrales qui sont formées de schiste argileux. Ces chaînes n'offrent pas toutes des habitants affectés de goître; on n'en trouve que dans les points où ils sont obligés de faire usage des sources prenant naissance dans les rochers calcaires (*Quelques remarques sur les causes et la fréquence du goître*, extraite en partie de l'ouvrage de M. John M'Clelland, par M. L. Marchessaux, *Arch. gén. de méd.*, décembre 1839, t. II, p. 418). Tout en louant les recherches de M. M'Clelland, M. Marchant fait observer combien les conditions hygiéniques, qui sont propres aux habitants de quelques unes de ces localités, présentent d'analogies avec celles qu'on a signalées parmi les populations pyrénéennes.

Dans un Mémoire parfaitement bien exposé sur la cause qui produit le goître dans les Cordilières de la Nouvelle-Grenade, M. Boussingault attribue cette affection à la diminution d'air atmosphérique dans les eaux dont s'abreuvent les habitants de ces contrées; mais s'il en était toujours ainsi, le goître devrait être endémique dans les vallées les plus supérieures; et c'est ce que l'observation ne démontre ni dans les Alpes, ni dans les Pyrénées. (*Recherches sur la cause qui produit le goître dans les Cordilières de la Nouvelle-Grenade*. Annales de physique et de chimie, 1831, t. XLVIII, p. 57.)

On a encore invoqué, pour expliquer la production du goître, et surtout celle du crétinisme, la malpropreté, la misère, la mauvaise alimentation, l'abus des liqueurs fortes des habitants des montagnes. Quoique ces conditions hygiéniques soient communes aux localités de toute la chaîne, on peut, jusqu'à un certain point, les ranger au nombre des causes prédisposantes.

Le genre de vie des Pyrénéens des vallées inférieures doit être tenu en ligne de compte. Se procurant avec très peu de peine les objets qui leur sont le plus immédiatement nécessaires, on comprend déjà leur tendance à la paresse et à l'in-

dolence, favorisée encore, à certaines époques de l'année, par une température des plus élevées et des plus accablantes.

Tous les observateurs ont noté ce fait curieux, que les habitants de chaque village s'alliaient presque toujours entre eux, et ne contractaient que fort rarement des alliances avec ceux des villages même les plus voisins. Nous nous sommes fortement élevé contre cette absence de croisement des races, dont un des premiers défauts est de perpétuer les maladies. Le crétinisme est plus fréquemment un héritage paternel que maternel. Voici, d'après Fodéré, l'ordre le plus constant que suit la propagation de ce mal: 1° Si un mâle goîtreux, fils de goîtreux à demi crétin, épouse une femme aussi demi-crétine, leur enfant est tout à fait crétin. 2° Si, au contraire, un mâle crétin au deuxième degré épouse une montagnarde bien constituée, de cette union naîtra un enfant qui ne sera crétin qu'au troisième degré. 3° Mais si les races ne continuent pas à se croiser, alors l'enfant qui provient de cette union ressemble au grand-père et non au père. La même chose peut arriver à la quatrième et cinquième génération.

Toutes ces causes, agissant ensemble, mais à des degrés variés, produisent à la longue de profondes modifications sur les individus. Il n'en résulte d'abord que des états voisins de la maladie; mais ces manières d'être s'accroissent dans les générations successives. C'est ainsi qu'à l'institution des sourds et muets, M. Menière a constaté que le bégaiement, chez les père et mère, était souvent le prélude de la surdi-mutité des enfants; de même que, à la maison des jeunes aveugles, M. le docteur Allibert a remarqué que la cécité congéniale reconnaissait fréquemment pour cause la myopie des parents.

Fodéré avait déjà constaté une diminution notable du nombre des goîtreux et des crétins dans les vallées sub-alpines; ce qu'il attribuait, avec raison, à l'amélioration de plusieurs circonstances hygiéniques. Le docteur Chvaz dit, dans un Mémoire récent dont M. Morel de Gany a donné plusieurs extraits, que le village de la Baltiaz, près de Martigny, si connu jadis par ses Crétins, n'en compte plus aujourd'hui, bien que sa population soit triplée. Pour se rendre raison de ce changement, il faut se souvenir que les terres incultes, couvertes de bois, arrivaient jusqu'aux maisons, tandis qu'aujourd'hui le sol est défriché et chargé de belles et abondantes moissons. Des habitations mieux construites, bien aérées, ont pris la place de cabanes où la lumière pénétrait à peine, et dont les fenêtres ne s'ouvraient jamais. (Morel, *Pathologie mentale en Italie, en Allemagne et en Suisse; De l'établissement de l'Abendberg, consacré au traitement du crétinisme.* Annal. méd. psych., t. VII, Paris, 1846.)

Depuis l'ouverture de la route du Simplon, qui a fait du Valais le passage le plus fréquent pour entrer en Italie, cette affection a diminué d'une manière très sensible dans le premier pays. Les grands travaux d'assainissement entrepris depuis quelques années, l'endiguement du Rhône, l'amélioration du sort des habitants, l'habitude de faire accoucher les femmes sur les montagnes et d'y élever leurs enfants, ont également contribué à diminuer le nombre de crétins.

Fodéré avait très bien compris le besoin d'une éducation pour les crétins : « Je ne doute pas, dit-il, qu'on ne puisse améliorer leur condition et tirer quelque parti de ces individus. On les abandonne trop à eux-mêmes. En leur faisant prendre certaines habitudes, en leur montrant souvent différents objets auxquels on aurait attaché certains signes qui seraient toujours les mêmes, on pourrait leur donner un certain degré d'intelligence. » (*Ouvr. cité*, p. 241.)

Dès 1817, le docteur Iphofen, envoyé par le gouvernement de Saxe, pour étudier la question du crétinisme en Suisse, se prononçait hautement pour la fondation d'instituts particuliers destinés aux crétins. « Ces établissements, dit-il, placés à l'air libre et sain, sont le seul et le plus puissant moyen d'extirper le crétinisme endémique; les administrateurs de ces localités n'ont pas de devoirs plus sacrés à remplir, pas de besoins plus urgents à combattre. » (*Der cretinismus medicinisch philosophisch untersucht*, von docteur Iphofen. Dresden, 1817.)

Le docteur Guggenbuhl a réalisé cette

pensée dans l'établissement qu'il a fondé en 1840, dans le canton de Berne, près d'Interlachen, sur le plateau de l'Abendberg, à 1,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Le traitement adopté par ce médecin consiste dans l'emploi combiné de la médecine et de l'éducation; il est, suivant son expression, médico-pédagogique.

Avant d'entrer dans quelques développements à cet égard, nous allons faire connaître les doctrines de ce médecin sur le crétinisme.

I. Les altérations matérielles extérieures, qui caractérisent le *crétinisme*, permettent à l'auteur d'établir le diagnostic de cette maladie d'avec l'idiotisme.

Suivant lui, l'idiotisme, qui ne siége que dans le cerveau, peut s'allier à une conformation du corps plus ou moins régulière, et dans ce cas, moins les accidents matériels se manifestent extérieurement, plus la maladie du principe intelligent est grave, plus le traitement est difficile. Il est même des circonstances où tout moyen d'arriver à un perfectionnement moral est détruit, et où l'âme paraît comme éteinte dans son apparition sur la terre. Les idiots entendent mais ne comprennent pas; ils voient mais n'aperçoivent pas; ils n'ont aucune idée, et n'exercent point leur pensée. L'idiotisme est congénital dans l'atrophie du cerveau, mais ordinairement il n'est que la conséquence de l'irritabilité du cerveau, ou du crétinisme. Il n'est pas rare aussi de voir l'idiotisme succéder à une enfance très intelligente, mais surexcitée, ce qui prédispose à un état maladif du cerveau.

Dans le crétinisme, au contraire, malgré l'état maladif du corps, il n'y a que faiblesse du cerveau; il n'existe qu'une perception obscure des objets, une association faible des idées, du vague dans les images que les sens réfléchissent au cerveau, une faiblesse dans le jugement et la compréhension, ce qui n'exclut pas une perfectibilité possible, puisqu'il n'y a qu'un défaut quantitatif. Les formes du crétinisme, où le mal se manifeste davantage par une conformation physique lourde et grossière, se lient à une grande lenteur de compréhension ou de jugement, et parfois se retrouvent chez des individus doués d'une admirable mémoire, d'une étonnante faculté de comparaison, qui saisissent très bien le caractère des objets extérieurs, mais qui, négligés, peuvent facilement tomber dans des idées fixes, et passer à l'aliénation mentale.

Cette obscurité des images est le trait le plus caractéristique du crétinisme; elle provient de ce que ces images ne peuvent stimuler suffisamment *les fibres du cerveau plongées dans un état de torpeur*, et que, par conséquent, elles se mêlent d'une manière confuse; elle est aussi la cause des inégalités d'humeur qui distinguent les enfants crétins; enfin, elle nous donne la clef du traitement intellectuel et moral qui leur est applicable.

Ce traitement consiste à donner à la créature humaine la conscience des principes qui sont la base de ses facultés, et à favoriser ainsi le développement de l'intellectuel. On commence par leur faire saisir la comparaison, les analogies et les dissemblances entre les objets, en procédant par degrés de grandeur, de couleur, de forme, de substances, de parties, etc. Ensuite, on résume ces jugements pris en détail, pour en composer une idée générale, et on fait découler certaines conséquences de ces idées générales.

Quand, par des efforts persévérants, on est parvenu à réveiller chez l'enfant le sentiment, que l'existence de la matière visible et bornée ne repose que dans l'idée de l'éternel et de l'infini, que le bon et le juste seuls plaisent à Dieu, tandis que le mal et l'injuste lui déplaisent, alors on voit sa raison se dévoiler et se manifester.

« Ce sentiment, ajoute le docteur Guggenbühl, parle très haut chez un grand nombre d'enfants, au moment où se réveille l'âme, et depuis longtemps nous avons fait l'observation qu'ils comprennent plus tôt l'existence de Dieu que l'existence d'un objet qui tombe sous leurs sens, d'une table, par exemple. Il en est de même du sentiment qu'ils éprouvent, que Dieu manifeste sa présence dans les phénomènes de la nature, si variés et si admirablement exposés à leur égard dans les environs de l'Abendberg. Il faut avoir été témoin de l'étonnement, de la joie, de l'admiration de ces enfants au lever et au coucher du soleil, à la vue de l'arc-en-ciel, au roule-

ment du tonnerre, etc., pour bien comprendre la vérité de ce qu'avance Diesterweg, lorsqu'il dit : « Plus d'un adulte doit être honteux de son indifférence et de sa torpeur morale, en présence des phénomènes de la nature, quand il se trouve à côté de l'enfant innocent, qui leur consacre avec ravissement une attention profonde, et qui se sent pénétré de joie et d'admiration. »

La *mémoire* existe chez tous les crétins à un degré plus ou moins élevé. Ceux qui ont reçu quelque instruction retiennent parfaitement des versets, des maximes, des séries de nombres, des mélodies et des chansons. Témoin un enfant de onze ans, parvenu à un très haut degré de crétinisme, et dont les organes de la voix sont sujets à des crampes qui lui rendent la prononciation très difficile. Il apprend par cœur des morceaux de poésie ou des sentences, et nous avons pu apprécier dans ces exercices la fidélité de sa mémoire.

Plusieurs crétins se distinguent par des *talents mécaniques*, les uns dessinent, d'autres construisent de merveilleux châteaux de cartes. L'exemple du crétin Mind, peintre fort connu à Berne par ses tableaux de chats, en est une preuve évidente. Il existe aussi, dans l'établissement de l'Abendberg, un garçon de douze ans, qui reproduit fidèlement des sujets simples, tels que des ustensiles et des animaux. Ces talents ne sont pas la conséquence d'un simple instinct naturel, mais ils annoncent l'existence d'idées qui se traduisent par ces formes visibles.

Dans les rêves, l'imagination des crétins est aussi très active, ce qui montre que les facultés de leur esprit agissent harmoniquement.

La sensibilité joue, à des degrés divers, un rôle très important dans la vie morale de ces enfants. On voit naître dans leur âme des affections, des désirs et des passions, d'où résultent des sentiments divers, tantôt gais et calmes, tantôt tristes et agités. Dans certains jours, il est des élèves qui ne font point de progrès, et qui, par cela même, donnent du découragement à ceux de leurs instituteurs qui ne se sentent pas une vocation intérieure pour cette œuvre. Mais il arrive aussi qu'un élan subit fait regagner le temps perdu, que le sentiment se réveille, et que le maître est récompensé par une affection caressante, qui témoigne de la reconnaissance inspirée.

La réflexion et le sentiment font naître le désir. L'enfant crétin dirige ses désirs et ses efforts vers le but que lui inspirent ses idées et ses sentiments. Plusieurs d'entre eux éprouvent une forte antipathie contre les animaux, et sont attirés par les poupées, les fleurs et les substances qu'on peut manger. La plupart craignent de tomber, ne veulent pas manger, quoique leurs forces soient suffisamment développées. Il s'agit de dompter leur sensualité, d'éloigner d'eux tout ce qui pourrait les entraîner à l'imitation ou à l'habitude de ce qui est mal, d'assurer à la volonté sa libre sphère d'activité, de réveiller le désir du perfectionnement, et d'aider l'élément moral dans la lutte avec le penchant sensuel, afin de favoriser la victoire du premier de ces agents.

Après avoir ainsi exposé quelques uns des principes qui doivent diriger l'éducation physique, intellectuelle et morale des enfants crétins, le docteur Guggenbühl ne néglige pas l'examen de la question de la préséance relative de l'une ou de l'autre de ces branches d'éducation.

Tout en se prononçant en faveur de l'opion émise par Hufeland : « Que dans le jeune âge, jusqu'à sept ans, il faut faire prédominer presque entièrement l'éducation physique en plein air et d'une manière utile, afin de donner au corps l'activité qui lui est nécessaire, de favoriser la distribution harmonique des forces et des fluides, et d'éviter les vices de croissance ou de développement; tout en reconnaissant, d'une part, que l'éducation intellectuelle trop hâtive peut avoir une influence fâcheuse sur le caractère et le physique de l'individu, et de l'autre, que les lacunes que présentent certains enfants, sous ce rapport, sont bientôt effacées par l'énergie que prend l'intelligence lorsqu'elle se développe en même temps que les forces du corps; notre auteur est d'avis que le conseil donné par Hufeland, quoique applicable à la généralité des enfants, ne l'est pas aux enfants crétins.

« Si donc, dit-il, il résulte de ce qui précède, que même chez ces enfants habite

un principe intelligent semblable en qualité à celui des autres hommes, si leur âme renferme le germe ou la disposition à un perfectionnement spirituel, on ne saurait trop insister sur ce fait incontestable (déjà signalé), à savoir, *que les progrès de la désorganisation physique ont pour conséquence un arrêt progressif du développement intellectuel, arrêt qui, d'année en année, devient de plus en plus funeste.* » Et il ajoute : « Quand un individu est attaqué de crétinisme, il est possible de lui faire recouvrer la plénitude de ses facultés intellectuelles, pourvu que le malade soit soumis sans délai à un traitement approprié à sa situation. » Or, ce traitement, on le conçoit, doit être autant intellectuel que physique, mais il faut avant tout favoriser le développement du corps, et remédier aux symptômes maladifs matériels; car chez ces enfants, l'âme ne peut se perfectionner dans un corps malade.

Après avoir établi ces généralités, le docteur Guggenbühl décrit les principales formes sous lesquelles s'est présenté le crétinisme dans l'établissement de l'Abendberg.

I. Dans la première forme, signalée sous le titre *d'atrophique*, la moelle épinière est surtout en souffrance; elle a pour tendance principale la paralysie et l'atrophie des extrémités, et par conséquent la suppression de la motilité.

L'auteur fournit, comme exemple, celui d'une petite fille qui, entrée à l'âge de six mois dans l'établissement, avait présenté, depuis le quatrième mois de sa naissance, un dépérissement de tout le corps, ainsi qu'un affaiblissement de la caloricité et surtout du système musculaire, avec trouble des fonctions digestives, une structure très irrégulière de la tête, les traits de la vieillesse, etc., etc.

Dans l'espace de douze mois elle avait éprouvé une métamorphose complète, et dix-huit mois après sa sortie de l'établissement, elle avait acquis la faculté de se servir de la parole.

II. La forme *rachitique*, comme sa dénomination l'indique, a pour caractère spécial le ramollissement et la déformation des os, indépendamment de la torpeur du système nerveux et musculaire, de l'engorgement des glandes lymphatiques, etc., etc.

Trois exemples sont fournis à l'appui :

Le premier est celui d'une petite fille née de parents sains, étrangers au Valais, mais qui s'étaient établis dans ce pays. Jusqu'à deux ans elle était fraîche et rose; alors elle commença à perdre l'usage de ses jambes, devint morose, taciturne et hébétée.

Entrée à l'âge de quatre ans dans l'établissement, plusieurs de ses os étaient ramollis, gonflés et déformés, les fonctions digestives et cutanées étaient troublées, la caloricité altérée et la faiblesse extrême. Sous l'influence des bains d'air, de l'électricité, de l'huile de morue, des bains aromatiques, des frictions et d'une diète animale, la petite malade pouvait, au bout d'un an, marcher et sauter, et un rajeunissement complet s'était opéré dans son physique et son moral. Deux ans se sont écoulés depuis sa sortie de l'établissement, et la jeune fille a pu entrer dans les écoles publiques.

Le second fait est celui d'une fille née d'un père atteint de mélancolie et qui bégaie, dans un pays disposé au crétinisme. Dès la première année, son développement physique fut enrayé par des accidents scrofuleux et rachitiques graves. Entrée à l'Abendberg vers l'âge de dix-huit mois, elle était à moitié paralytique, avec un front étroit, et privée de toute apparence d'intelligence, au point même de ne pas remarquer les objets extérieurs. Au bout de huit mois, elle commença à s'animer et à marcher, ses facultés intellectuelles et morales se développèrent en même temps que sa tête augmenta de volume. Après un séjour de quatre ans, elle est sortie de l'établissement en excellente disposition.

Le troisième sujet est encore une petite fille, née d'un père savoyard et d'une mère valaisanne, dont les frères sont atteints d'une disposition à l'idiotisme; sa figure est trompeuse, car elle est fraîche et rose, et ses traits sont délicats et souriants. A l'âge de deux ans elle pouvait marcher et articuler des sons; mais à l'époque de la dentition, il survint un arrêt dans son développement physique et moral, et lorsqu'une année plus tard elle entra dans l'é-

tablissement, elle ne pouvait se soutenir sur les jambes, les jointures étaient gonflées, les muscles languissants, la tête volumineuse et déformée, et on apercevait un rudiment de goître. L'amélioration de cette petite malade ne s'opéra pas insensiblement, mais brusquement et par sauts, après plusieurs mois d'attente, et l'intelligence ainsi que la parole reprirent leur essor. Une année après sa sortie de l'établissement, quoique habitant le Valais, on eut la jouissance de constater de nouveaux progrès.

III. Forme *hydrocéphalique*. Elle est caractérisée par une tendance à une hydropisie de cerveau congénitale, avec affaiblissement des fonctions des sens, langueur des facultés morales et intellectuelles, ou divers symptômes de paralysie, et semble être un passage au crétinisme congénital. Un exemple de cette forme nous est offert dans une jeune fille née d'une mère délicate et nerveuse, et dont la tante a une tendance au rachitisme. Dès sa première enfance, cette pauvre malheureuse, dont la tête était déjà difforme, fut attaquée de crampes, de toux, de coqueluche, d'étouffements; plus tard il survint un état fébrile violent avec diminution progressive de la faculté de parler et de marcher, que divers remèdes ne purent enrayer.

Entrée à l'âge de quatre ans dans l'établissement, la disproportion du crâne avec le reste du corps, et même avec la face, était très considérable; les fonctions des sens étaient en général, actives, mais la faiblesse générale et en particulier celle des muscles, était très prononcée. Elle ne pouvait ni marcher, ni parler, ni même manger; cependant elle comprenait plusieurs mots, et même de petites phrases. Les éléments du jugement, du sentiment et de la volonté existaient, mais étaient presque éteints, et son caractère était quinteux et triste. Le séjour dans l'air frais de la montagne, une diète animale, des bains aromatiques, des frictions, l'usage interne de l'iodure de fer, ont obtenu un succès qu'on aurait à peine osé espérer. L'équilibre tend à se rétablir entre les proportions du corps et de la tête, il y a un arrêt dans la croissance de cette dernière, tandis que l'accroissement du corps a lieu d'une manière régulière et progressive. La jeune malade commence à articuler des mots, à marcher, et son caractère quinteux et entêté fait place à des sentiments plus aimables et plus propres à faciliter le développement de son intelligence.

IV. *Crétinisme congénital.*—Nous avons vu que, sous l'influence de causes endémiques (telluriques et atmosphériques), des générations entières et des populations nombreuses étaient décimées par le crétinisme. Le cachet de cette maladie endémique, lorsqu'elle est congénitale, est une disproportion frappante entre le tronc et les extrémités, résultat d'une nutrition irrégulière et maladive, et cette disproportion, cette dégénérescence matérielle, présente tous les degrés imaginables jusqu'à la déformation la plus entière des organes. Les mêmes degrés d'altération s'observent dans les facultés de l'âme, depuis la simple torpeur jusqu'à l'idiotisme le plus complet.

Au nombre des cas moins graves du crétinisme congénital, qui constituent le premier degré de torpeur, figure un jeune garçon qui est entré dans l'institut à l'âge de neuf ans. Né de parents sains, son grand-père maternel bégayait et son grand-oncle était tout à fait crétin; ses frères eurent tous des convulsions peu après leur naissance : l'un mourut d'hydrocéphale et un second d'un ramollissement de l'estomac.

A son entrée, l'enfant éprouvait un affaiblissement général, ses pieds étaient chancelants et ployés en avant; il glissait en trébuchant plutôt qu'il ne marchait; le système musculaire était atrophié; les bras, très longs et desséchés, pendaient le long du corps émacié; la langue épaisse, gonflée en massue à son extrémité; les dents irrégulières, déformées et encroûtées, les lèvres tuméfiées et pendantes, la salivation continuelle, l'odeur de la bouche fétide, la mastication des aliments solides très difficile; la cornée de l'œil droit obscurcie à la suite d'une ophthalmie scrofuleuse; la tête en pain de sucre, mais symétrique, le front fuyant, le derrière de la tête aplati, le menton avancé, la couleur de la face pâle et lymphatique. D'ailleurs l'enfant était assez grand pour son âge; son intelligence était de pair

avec l'état du corps. Les idées qu'il pouvait avoir sur les choses les plus ordinaires étaient obscures et confuses ; son langage consistait en un bégaiement indistinct et sans suite, de sons entrecoupés ; il se faisait plutôt comprendre par gestes. L'activité des sens était assez normale. Le moral avait déjà pris une mauvaise direction ; il était envieux, jaloux et emporté, mais en même temps (preuve que le sentiment du juste et de l'injuste est bien un des éléments de notre âme, et que la conscience veille toujours ou du moins peut être toujours réveillée) il sentait ses torts dès qu'il avait égratigné ou frappé quelqu'un de ses camarades ; il cherchait à l'apaiser, puis se cachait. Dans le cours de son éducation, les progrès du corps ont marché de pair avec ceux de l'âme. Ses forces ont augmenté au point qu'il saute avec plaisir, et s'adonne à la gymnastique. Toutes ses mauvaises habitudes ont disparu ; il est devenu gentil, sociable et obéissant, et a pris un tel amour pour l'étude, que chaque lettre, chaque mot dont il a fait la conquête lui font pousser des cris de joie. La vue de sujets tirés de la nature ou des images qui la représentent, stimule son apathie et sa mémoire ; il comprend lentement et difficilement, mais n'oublie jamais ce qu'il a compris. Peu à peu il est parvenu à lire et à écrire intelligiblement, et il a appris la valeur grammaticale d'un certain nombre de verbes, de substantifs et d'adjectifs. Son éducation religieuse a été conduite sur les mêmes principes, et ses sentiments religieux et moraux ont pris assez de développement.

Une seconde variété du crétinisme congénital, que le docteur Guggenbühl désigne sous le nom de *mutisme des crétins*, se distingue, suivant lui, des sourds-muets ordinaires, en ce que l'ouïe n'est pas supprimée, et que le mutisme tient plutôt à un obstacle du principe immatériel qu'à une cause matérielle. Quoique, parmi les *crétins muets*, il s'en trouve quelques uns dont l'ouïe soit dure, dont les organes de la voix soient altérés, et dont le corps soit sous l'influence scrofuleuse et torpide, la plupart d'entre eux entendent bien, ont des yeux vifs, une expression animée, une conformation grêle, ils sont capables d'une attention soutenue, et emploient, pour se faire comprendre une pantomime assez expressive.

Cette forme du crétinisme prédomine à Trimmis, Katzis, etc., canton des Grisons, et dans la vallée du Rhin qui fait partie du canton de Saint-Gall. Il est tel petit village qui en contient de trente à cinquante.

Vices de croissance. — Cette troisième forme du crétinisme congénital, qui domine dans plusieurs contrées, ne peut pas être mise en doute lorsqu'on étudie l'ensemble des phénomènes de la nature. En voici un exemple :

Une petite fille de douze ans n'a que 3 pieds et demi de hauteur ; sa tête est grosse, son visage pâle, lourd et large, son ventre est tuméfié, les extrémités sont courtes, grosses et ramassées. Elle avait primitivement quelques dispositions intellectuelles, mais nullement développées, de manière qu'envoyée à l'école, elle n'avait pu suivre ses camarades, et l'on en était resté à cette tentative.

A l'Abendberg, il a été d'autant plus difficile de lui faire regagner le temps perdu, que son âge était assez avancé ; mais les progrès remarquables qu'elle a faits, soit au physique, soit dans la lecture, l'écriture, l'arithmétique, etc., prouvent qu'un enfant, dont on a laissé détériorer les facultés morales et physiques peut, par un traitement judicieux, être rendu à la société, et même devenir un de ses membres utiles.

Depuis la publication du dernier rapport (en 1846), une vingtaine d'élèves sont sortis ; la plupart d'entre eux étaient maîtres de l'instruction élémentaire, et leurs forces physiques étaient assez développées pour qu'ils aient pu embrasser un état. Les plus malades se sont améliorés et aucun n'est mort.

Ces préliminaires posés, faisons connaître la méthode de traitement de M. Guggenbühl.

Le premier soin est d'agir sur la constitution et de la fortifier. L'air pur des montagnes et une nourriture substantielle étaient des préliminaires indispensables pour atteindre ce but. Il préfère user du lait de chèvre qui, sur ces hauteurs, est doué d'une vertu aromatique toute spéciale. Suivant les circonstances, il administre les préparations de fer, de quinquina, de

juglans regia, les eaux de Wieddegg, qui sont dans le voisinage, le sirop d'hydriodate de fer.

Quelques essais ont été faits avec les vins fins. Les crétins supportent mal les bains froids; il n'en est pas de même des bains et des lotions aromatiques. L'établissement possède un appareil de rotation magnéto-électrique, de grande force, qui communique à l'eau de ces bains une vertu stimulante et contribue à combattre le relâchement des tissus. Le fluide y est entretenu par une combinaison à sept plaques. Les enfants commencent presque toujours à articuler les premiers mots dans le bain électrique. Pour activer la circulation du fluide nerveux, de petits appareils du même genre, confectionnés exprès, sont appliqués pendant la nuit à la tête et aux pieds des enfants. Les frictions aromatiques viennent en aide. Pour seconder l'action de ces moyens, on a établi une place d'exercices, munie d'appareils gymnastiques, dont la variété est propre, non seulement à développer le corps et les membres, mais en même temps l'intelligence.

Cette première indication remplie, M. Guggenbuhl s'occupe du traitement moral. L'éducation des sens est la première à faire; viennent ensuite les sentiments moraux. La plupart des crétins ont l'ouïe assez fine; on leur répète sans cesse des sons, et l'on parvient ainsi à les leur faire prononcer et à remplacer leurs mugissements par des mots. L'influence du langage sur le développement des facultés est très remarquable. M. le docteur Cerise, dit M. Buchez, a observé que, chez les crétins, ceux auxquels on s'était donné la peine d'enseigner avec persévérance la science du langage ne tombaient pas dans une idiotie pareille à celle que l'on remarque chez ceux dont on avait complétement négligé l'enfance. Ces observations, quoique prises chez des individus dont l'organisme est imparfait, nous donnent néanmoins une idée de l'influence que le signe ou la parole exerce sur l'encéphale. Elles nous montrent que la puissance intellectuelle résultant de l'union de l'âme à l'organisme nerveux n'est rien de plus qu'un germe qui, comme l'œuf, renfermé dans l'ovaire, a besoin d'être fécondé pour produire un nouvel être. Elles nous apprennent enfin que, dans la génération intellectuelle, c'est l'enseignement qui est chargé de l'œuvre de fécondation. (*Essai d'un système complet de philosophie*, t. III, chap. 1. Déologie.) Le sens de la vue offre moins de ressources; car lorsqu'il y a strabisme, myopie, on a de la peine à agir sur lui. En exerçant l'oreille par la prononciation fortement accentuée des mots, on s'efforce de leur faire remarquer les inflexions que prennent les lèvres, afin qu'ils les imitent pour répéter ces mots. En même temps qu'on prononce le nom des lettres, on les leur montre. Pour mieux frapper leur esprit, M. Guggenbuhl avait imaginé de les leur représenter avec des lueurs phosphoreuses; mais l'odeur de cette substance le força bientôt d'y renoncer. On essaie encore leur vue en leur montrant des couleurs, des dessins, des objets de toute sorte.

Le toucher ne pouvait être négligé chez les crétins. Tout en leur faisant articuler le nom des lettres, et en leur montrant les figures, on leur met entre les mains des caractères de bois, afin de fixer davantage leur attention, et de leur apprendre même à former des mots. L'exercice de ces trois principaux sens est également mis en usage pour tous les objets usuels.

L'odorat et le goût, peu développés, offrent moins de moyens d'agir sur eux; on les excite, soit par des agents chimiques, soit par diverses substances alimentaires.

On met à profit cette première éducation pour modifier les penchants vicieux des crétins. Ainsi, on s'efforce de régler le besoin instinctif de l'alimentation, de modérer cette voracité qui leur fait souvent tout mettre dans leur bouche. Par les préoccupations de toute espèce, et surtout par les exercices gymnastiques, on éloigne ces propensions érotiques qui leur sont si fatales. On cherche à rendre leur caractère affectueux et social, à faire disparaître ce qu'il a de timide et de peureux, et aussi ce qu'il peut avoir de hargneux et de méchant. On s'attache surtout à développer les dispositions que les enfants pourraient montrer pour certains arts.

Pour tirer les qualités intellectuelles de leur assoupissement, on étudie les senti-

ments moraux, en cherchant à découvrir s'ils ont de la vanité, de la défiance, de la facilité à s'attendrir, des dispositions religieuses, de l'opiniâtreté, de l'inclination à imiter; à s'émerveiller, s'ils ont le goût de l'ordre, etc.

Cette méthode, suivie avec persévérance, conduit à d'heureux résultats. Les crétins les plus bruts ne sont pas les plus incurables. A force de s'occuper de ces infortunés, on leur apprend à parler, à chanter, à lire, à écrire, à compter, à tracer des dessins, quelques uns ont pu recevoir une instruction religieuse.

Sur quatre-vingts enfants soumis au traitement de l'Abendberg, un tiers s'est assez développé pour suivre les écoles publiques, apprendre un état, ou s'appliquer aux travaux agricoles et domestiques. Il importe que les enfants soient envoyés de bonne heure à l'institut; car il ne peut entrer dans l'esprit de personne qu'on ait la prétention de guérir des adultes. Les deux premières années de l'existence sont l'époque la plus favorable pour entrer dans l'établissement. Quant à ceux qui sont plus âgés, le degré de guérison et de développement se mesure sur celui de leur inertie et de leur capacité à articuler des sons.

Après la septième année de leur âge, si les enfants continuent à être soumis à un traitement rationnel, ils n'ont plus de rechutes; c'est ainsi que plusieurs des élèves qui sont retournés depuis trois ans dans le Valais, au milieu du foyer de la maladie, continuent à s'y bien porter et à se développer d'une manière satisfaisante, sous le rapport physique et moral.

M. Guggenbuhl est d'avis que le traitement du crétinisme curable exige de trois à six ans. Plus le mal est attaqué de bonne heure, plus la cure offre des chances de succès. Le médecin de l'Abendberg a remarqué que l'amélioration arrivait souvent par saccades.

Nous n'ajouterons plus que quelques mots que nous empruntons à la notice de M. Morel de Gany. C'est en attaquant une à une toutes les causes qui produisent le crétinisme qu'on parviendra à arrêter le développement ultérieur de la maladie, s'il n'est pas possible de l'extirper entièrement. Introduire la propreté par l'éducation et la civilisation; abattre les bois, comme l'a déjà conseillé Fodéré, dans le voisinage des habitations; cultiver les terres; diguer les torrents, dessécher les marais, transporter les enfants sur les hauteurs pendant plusieurs étés, les développer par le langage et par toutes les ressources de la thérapeutique morale, tels sont les préceptes que doivent avoir sans cesse à l'esprit ceux qui cherchent à guérir le crétinisme.

Tout récemment, un médecin allemand, le docteur Behrend, a publié un mémoire intéressant sur le crétinisme des grandes villes; nous en donnerons seulement les conclusions.

1° Il existe un crétinisme des grandes villes populeuses et encombrées, tout comme il y a un crétinisme des Alpes;

2° Le crétinisme des villes s'observe dans les carrefours, les habitations étroites, obscures et profondes, comme dans les gorges ou vallées étroites des montagnes;

3° Le crétinisme des villes se distingue peu de celui des Alpes; sa marche est peut-être plus rapide, et il se termine plus souvent par le marasme;

4° Les causes sont une atmosphère étouffée, froide, humide, saturée d'influences pernicieuses; l'absence des rayons solaires; une chaleur insuffisante; une nourriture peu substantielle, surtout pauvre en matière animale; la solitude et la privation de toute espèce de culture intellectuelle; le manque de propreté et d'autres soins.

5° Toutes ces effluves pervertissent l'hématose, produisent une dyscrasie scrofuleuse, rachitique, anémique, et émoussent les sens faute d'exercice.

6° Le crétinisme est donc une dyscrasie scrofuleuse, rachitique, compliquée de chlorose et de stupidité de l'intelligence et des sens. (*Journal für kinderkrankheiten, sur le crétinisme des grandes villes, ses causes et son analogie avec celui des Alpes*, par M. Behrend, août 1846; *Ann. méd.-psychol.*, nov. 1848.)

Nous aurions voulu terminer ce qui a rapport aux maladies mentales par une esquisse rapide de la médecine légale relative aux aliénés; mais les bornes de cet ouvrage ne nous permettant pas de le faire, nous renvoyons cette étude à une autre époque.

LIVRE TROISIÈME.

MALADIES NERVEUSES QUI ONT LEUR SIÉGE PROBABLE DANS LES CENTRES NERVEUX, OU NÉVROSES.

Les maladies dont nous avons déjà fait l'histoire, celles que nous décrirons dans d'autres parties de cet ouvrage, le cadre que nous avons adopté pour ce volume, nous obligeront à ne présenter ici qu'un tableau bien incomplet des nombreuses affections du système nerveux. Les névralgies ou maladies nerveuses des nerfs ne devant pas nous occuper, d'après le plan de cet ouvrage, diminuent déjà considérablement la liste des affections que nous aurons à décrire. (On peut consulter sur ce point important l'ouvrage de M. le docteur Valleix : *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs*. Paris, 1841, in-8); de plus, parmi celles qui ont leur siége probable dans l'axe cérébro-spinal, les névroses proprement dites, plusieurs ont été déjà étudiées. Ainsi l'hystérie et la nymphomanie se trouvent décrites dans le *Traité des maladies des femmes* (t. II, p. 216); la chorée, la contracture des extrémités se trouvent étudiées dans le *Traité des maladies des enfants* (t. VI, p. 254. 264); en faisant l'histoire des apoplexies, nous avons parlé de la paralysie dite nerveuse ou paralysie idiopathique. Il ne nous restera donc à étudier dans ce livre que le tétanos, le tremblement nerveux, l'épilepsie, la catalepsie et l'hypochondrie, en tant que maladie non dépendante d'une lésion des facultés intellectuelles, la migraine, l'hydrophobie. Nous dirons néanmoins quelques mots de l'éclampsie, de l'hystérie chez l'homme, de l'œsophagisme, du pica, du malacia et de la boulimie, dont plusieurs auteurs ont placé le point de départ dans le système nerveux central.

ARTICLE PREMIER.

Tétanos.

L'histoire de cette maladie fait pour ainsi dire partie intime de la chirurgie, tant il est rare qu'elle se développe en l'absence d'une cause traumatique; mais le tétanos ayant évidemment son siége, appréciable ou non matériellement, dans le système nerveux central, nous avons cru devoir en présenter ici au moins le résumé.

Le tétanos, qui est caractérisé, comme on le sait, par une contraction plus ou moins violente de quelques uns ou de la plupart des muscles volontaires, est une des maladies le plus anciennement connues. Hippocrate l'avait déjà indiqué; Celse, Galien et d'autres en firent l'objet de différents commentaires, et plus tard Fernel en traça une description assez complète. Depuis cet auteur, le tétanos a fait partie de tous les traités de nosographie, et a surtout occupé les chirurgiens de nos armées et les médecins exerçant dans les régions intertropicales.

Anatomie pathologique. — Pour la plupart des auteurs, le paragraphe de l'anatomie pathologique ne devrait être rappelé que pour mémoire; pour d'autres, au contraire, ce paragraphe aurait la même importance dans le tétanos que dans les autres maladies les mieux caractérisées anatomiquement; car le tétanos serait l'effet d'une méningite rachidienne ou d'une myélite. Laquelle de ces deux opinions est la véritable? Il nous semble que M. Rochoux a heureusement répondu à cette question dans le paragraphe suivant :

« Deux des trois observations rapportées par Morgagni parlent d'altérations notables de l'appareil nerveux céphalo-rachidien, qui peuvent, à juste titre, être considérées comme ayant donné lieu aux accidents tétaniques observés pendant la vie (*De sed. et caus.*, etc., épist. X, art. 2, et epist., LIV., art. 49). Il en est de même de l'épanchement considérable de sérosité dans les ventricules, observé par Bontius (*Obs. aliq. selectæ*, p. 248). Vogel, E. Tyson et Coïter ont vu des cas semblables aux rapports de Trnka (*Comment.*, etc., p. 172). Depuis, M. Fournier-Pescay a également trouvé, à l'ouverture des cadavres de sujets morts de tétanos, des lésions graves de l'appareil nerveux central. Les observations fort détaillées publiées par Thomas Bayne, par Wansbrough (*Bibl. méd.*, novembre 1820, et septembre 1822) et par Philippe Mœlli (*Archives générales de médecine*, juin 1844, p. 299), donnent les mêmes résultats. Ajoutons,

pour corroborer les inductions à déduire de ces faits, que dans l'empoisonnement produit par la noix vomique, qui, comme on sait, amène la mort en produisant des accidents en tout semblables à ceux du tétanos, on trouve des désordres anatomiques qui, bien évidemment, dépendent d'une vive irritation, sinon d'une véritable inflammation des enveloppes immédiates du cerveau et de la moelle épinière. (*Archives générales de médecine*, mai 1825.)

» L'analyse de ces faits m'avait porté à penser, en 1827, que dans la plupart des cas les symptômes du tétanos reconnaissent pour cause des affections plus ou moins franchement inflammatoires des centres nerveux ou de leurs enveloppes membraneuses. Depuis lors, plus de trente observations particulières venues à ma connaissance semblaient devoir ne laisser aucun doute sur la justesse de cette manière de voir, et cependant, en cherchant de nouveau à l'apprécier, il me semble qu'elle ne saurait être adoptée. Voici pourquoi :

» Dans toutes ou presque toutes les observations où le tétanos est attribué, soit à une phlegmasie des méninges encéphaliques ou rachidiennes (Parent-Duchâtelet, Clot, *Dissert. inaug.*), soit à une inflammation de la moelle, affectant dans une certaine étendue, tantôt toute l'épaisseur de cet organe (Bergamaschi, *Sulla mielliede*, etc.; Pongi, *Archives générales*, octobre, 1828). tantôt seulement sa partie antérieure (Combette, *Dissert.*, etc., Guersant, *Gaz. des hôpitaux*, juillet 1843) ou sa partie postérieure (Gui, Verro, Marc Paolini, *Archives générales de médecine*, juillet 1835, p. 371), il est aisé de reconnaître les symptômes caractéristiques de ces diverses affections morbides, masqués, à la vérité, par des accidents insolites dont le développement en a imposé à plus d'un observateur. En effet, la rareté du tétanos dans nos climats fait que beaucoup de médecins, d'ailleurs fort capables, ne l'ayant jamais vu, en ont une idée plus ou moins éloignée de la vérité, peuvent par conséquent se méprendre sur la signification de quelques symptômes, et finir par trouver la maladie dans des cas où elle n'existe pas. S'il n'en était pas ainsi, jamais Plenck n'aurait cru nécessaire d'insister sur la distinction de l'induration du tissu cellulaire d'avec le trismus des nouveaux-nés; on ne verrait pas non plus plusieurs des faits en question considérés, par des juges désintéressés, comme n'appartenant pas au tétanos, ainsi que l'a fait M. Hogot (*Dissert. sur la méth. enderm.*, octobre 1831) pour l'observation rapportée par Gasp. Cerioli (*Archives générales*, t. II, p. 438). Enfin, dans les cas, de beaucoup les plus nombreux, où, au lieu d'une affection de la substance nerveuse elle-même, l'ouverture des cadavres mentionne, soit un état inflammatoire, soit une simple congestion vasculaire des méninges ou du névrilème (Lepelletier, *Archives générales de médecine*, juillet 1833, p. 121; Jobert, *Du système nerveux*, t. II, p. 716), on a souvent pris, considéré comme étant pathologiques, des nuances d'ingestion ou de congestion des vaisseaux fort compatibles avec la santé, ou bien on a méconnu des altérations purement cadavériques, et supposé à tort qu'elles avaient eu lieu pendant la vie.

» Ces réflexions reçoivent un grand appui par la considération des cas assez nombreux dans lesquels des lésions étrangères aux centres nerveux, très variées dans leur siége, semblent avoir produit le tétanos, et de ceux bien plus concluants encore où cette affection a existé indépendamment de toute lésion nerveuse appréciable, comme l'a vu M. Andral (*Clinique médicale*, t. IV), et comme, plus récemment, M. Robert l'a montré dans une observation recueillie avec beaucoup de détails (*Gazette des hôpitaux*, 23 avril 1842). Quant à M. Laurent, qui fait dépendre exclusivement le tétanos de l'irritation occasionnée par les vers intestinaux (*Mémoire sur le tétanos chez les blessés*), et à Trnka, qui l'attribue à une tension toute mécanique des filets nerveux (*Comm. de tetano*), ces opinions, ce me semble, ne méritent pas une réfutation sérieuse. Elles ne sauraient donc, tout bien considéré, m'empêcher de me ranger à la manière de voir des médecins qui regardent le tétanos comme se développant indépendamment de l'existence de toute lésion organique appréciable à nos moyens d'investigation. Cela posé, j'admettrai, suivant l'usage peut-être un peu trop scolastique,

trois variétés dans cette maladie, savoir : 1° le tétanos symptomatique que produit une affection naturelle quelconque des centres nerveux, ce qui s'observe le plus ordinairement ; 2° le tétanos sympathique, comme celui que peut amener une inflammation gastro-intestinale ; 3° enfin le tétanos essentiel et véritablement nerveux, c'est-à-dire indépendant de toute lésion organique, à qui seul devrait être réservé le nom de tétanos, et qui, dans nos climats, est de beaucoup la plus rare, surtout comparativement aux cas appartenant aux deux autres variétés. » (Rochoux, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XXIX, p. 538.)

Symptômes. — Le tétanos, surtout s'il est spontané, se déclare brusquement ; quelquefois pourtant il est précédé de quelques prodromes, tels qu'abattement, tristesse, vertiges, insomnie, douleurs vagues. Bientôt les malades ressentent de la roideur dans le cou ; ils meuvent péniblement la tête et la mâchoire ; puis des mouvements convulsifs rares et courts, devenant de plus en plus longs, et finissant par être permanents, se montrent. Bornés à quelques parties d'abord, ils s'étendent promptement à un plus grand nombre, et peuvent finir par occuper tous les muscles volontaires. Ainsi, quand le tétanos est général, tous les mouvements sont suspendus ; le tronc et les membres sont fixes et dans une immobilité complète ; la roideur est telle, que si l'on prenait le malade par la tête ou par les pieds, on pourrait l'enlever tout d'une pièce, comme une statue ; les doigts sont les seules parties qui, au rapport de Sprengel, conservent leur flexibilité, opinion contraire à ce que nous avons constamment vu, et qui a prouvé qu'elle est tout à fait admissible. La langue peut se mouvoir également librement, du moins au début ; mais, projetée quelquefois hors de la bouche par un spasme de ses muscles, elle est serrée et déchirée entre les arcades dentaires.

Les muscles, ainsi convulsés, résistent à tous les efforts ; on les déchirerait plutôt que de les faire céder. Ainsi, quand les mâchoires sont rapprochées, aucune force ne peut les séparer ; les lèvres mêmes sont quelquefois tellement contractées, qu'il est impossible de les écarter. Plus rarement la bouche est ouverte et reste d'une manière permanente dans cette position, sans qu'on puisse rapprocher les mâchoires. Les muscles convulsés sont le siége de douleurs parfois légères, mais souvent déchirantes ou de crampes extrêmement pénibles. Les souffrances sont tantôt continues, sans rémission aucune, tantôt (et c'est le cas le plus ordinaire) on observe, toutes les deux ou trois minutes, une légère rémission dans les douleurs et la roideur convulsive ; mais jamais pourtant on ne voit les muscles se relâcher tout à fait. Au bout de quelques instants, sans cause déterminante, ou bien à l'occasion du moindre mouvement, de la plus légère secousse, de la moindre émotion, les mêmes douleurs et les mêmes contractions se renouvellent. Le malade alors est dans l'état le plus déplorable ; sa figure, généralement pâle, quelquefois injectée, exprime à la fois la souffrance et l'effroi ; ses yeux sont tantôt agités de mouvements convulsifs, et tantôt immobiles comme le reste du corps ; le front est sillonné de rides profondes ; le nez est tiré en haut, et les joues sont entraînées vers les oreilles. La contraction convulsive des muscles abdominaux explique pourquoi beaucoup de ces malades ont des évacuations involontaires d'urine et de matière fécale ; chez d'autres, au contraire, la constriction de l'anus est telle, qu'il devient impossible d'introduire la plus petite canule, et que l'émission même des gaz ne peut plus avoir lieu ; ce qui devient une nouvelle cause de souffrances. Chez les hommes, il y a souvent des érections avec ou sans pollutions.

Pendant ces paroxysmes, le pouls est généralement petit, fréquent, souvent irrégulier. Le thorax ne pouvant se dilater librement par suite de la contraction convulsive des muscles, il s'ensuit que la respiration est difficile, fréquente, entrecoupée, quelquefois momentanément suspendue ; elle s'accompagne d'une anxiété extrême et de quelques symptômes d'asphyxie ; en même temps la chaleur est plus élevée, et la peau se couvre d'une sueur froide et visqueuse ; mais il n'y a pas, à proprement parler, de fièvre : c'est une remarque que Cullen a faite. L'état fébrile ne se manifeste que dans quelques

cas rares, lorsque, par exemple, la maladie se prolonge, ou bien encore lorsque quelque complication survient. En général, les troubles de la respiration et de la circulation sont momentanés; ils se calment dans l'intermission. La plupart des tétaniques sont constipés, ils ont de l'inappétence; ce n'est guère que dans quelques tétanos partiels que les fonctions digestives peuvent conserver toute leur intégrité. La soif est d'autant plus vive que la constriction des mâchoires, devenue permanente et complète, et souvent aussi un spasme du pharynx, sont un obstacle absolu à l'introduction des boissons et de la salive elle-même. L'excrétion urinaire ne présente ordinairement aucun trouble, mais souvent elle est douloureuse et difficile. Les facultés intellectuelles sont presque toujours intactes; la voix est souvent obscure, gênée, la parole confuse et même inintelligible; enfin ce n'est que dans les cas les plus graves qu'on voit survenir des symptômes d'hydrophobie.

Les crises dont nous parlons se répètent, en général, indistinctement le jour comme la nuit; cependant, contrairement à ce qu'on voit pour presque toutes les maladies aiguës, la nuit exerce souvent une influence favorable : ainsi beaucoup de malades dorment paisiblement, et quelques uns de ceux qui ne goûtent pas les douceurs du sommeil restent calmes; ils sont toujours dans un état de roideur, mais ils n'ont plus de crises, comme si la nuit, dans ces cas, exerçait, indépendamment du sommeil, une influence favorable sur la maladie.

Cependant, lorsque celle-ci fait des progrès, les crises sont de plus en plus longues, et les rémissions toujours plus courtes. Bientôt il arrive un moment où la roideur persiste sans relâche; alors la peau se sèche, le pouls se déprime et augmente de fréquence; la face pâlit et s'altère, la respiration s'embarrasse de plus en plus; enfin la mort survient, tantôt par suite d'une sorte d'épuisement nerveux, le plus souvent par asphyxie et après une courte agonie.

Je viens d'exposer les symptômes du tétanos général; cependant la maladie ne se présente pas toujours avec une forme aussi grave. Ainsi, au lieu d'envahir tous les muscles soumis à la volonté, la roideur tétanique n'en occupe quelquefois qu'un certain nombre. Ainsi elle peut être bornée aux muscles élévateurs de la mâchoire inférieure; la maladie reçoit alors le nom de *trismus*. Quelquefois les muscles de la partie antérieure du corps étant seuls convulsés, ou l'étant à un degré plus fort que ceux de la partie postérieure, le tronc est fléchi en avant, de telle sorte que le menton touche la poitrine et que les genoux sont portés en avant : on dit alors qu'il y a *emprosthotonos*. C'est le contraire qui a lieu, si la tête est renversée en arrière et le corps incliné dans le même sens; on dit qu'il y a *opisthotonos*. Enfin, si le corps est dans une inflexion latérale, c'est le *pleurosthotonos*, ou le tétanos latéral.

La *durée* du tétanos est habituellement assez courte, elle ne dépasse guère quatre à six jours; plus rarement elle se prolonge au delà de dix à douze; et enfin ce n'est que dans des exceptions excessivement rares que la maladie dure plusieurs semaines ou même plusieurs mois, en passant alors à l'état chronique. Lorsqu'elle se termine par la guérison, la convalescence, malgré la gravité du mal, est fort courte. Pendant deux ou trois jours, la contracture éprouve de légères intermittences; ces intermittences durent de plus en plus; la roideur elle-même devient plus faible quand elle existe, et, dans l'espace de cinq à six jours, elle disparaît complétement. Le convalescent reprend promptement son appétit et bientôt ses forces. Dans quelques cas néanmoins, il reste, après la guérison des distorsions, des déplacements de muscles, qui peuvent persister toute la vie.

Le *diagnostic* n'offre pas de difficultés sérieuses. L'inflammation caractérisée de l'encéphale, et surtout du rachis, pourrait seule en imposer pour un tétanos; mais, dans ce cas, il y a toujours de la fièvre, au moins à une certaine époque de la maladie; et tantôt il y a du délire, tantôt de la céphalalgie, et surtout de la rachialgie dans le cas de myélite. En outre, dans cette dernière affection, la peau est d'une sensibilité exaltée, tandis qu'elle est normale dans le tétanos. Chez les enfants, l'éclampsie tétanique pourrait aussi en imposer, quoiqu'elle commence par les

membres, tandis que le tétanos commence presque toujours par la mâchoire.

Pronostic. — Ce que nous venons de dire sur la durée et la terminaison du tétanos indique suffisamment qu'il s'agit ici d'une des maladies les plus graves de la pathologie. Rien n'est plus rare, en effet, que la guérison d'un tétanos bien caractérisé; cependant cette guérison s'observe quelquefois, même dans les cas en apparence les plus désespérés. La maladie est plus grave, toutes choses égales d'ailleurs, dans les pays chauds et pendant les températures élevées que dans les conditions opposées; la gêne de la respiration et l'accélération du pouls sont des symptômes fâcheux. La fièvre appartient moins au tétanos qu'à quelque complication; elle n'a pas, en général, d'influence sur la terminaison; mais, dans tous les cas, cette influence, si elle existe, n'est nullement favorable, comme le pensait Hippocrate.

Causes. — La distinction scolastique des causes en prédisposantes et en efficientes, dit M. Rochoux, est assez applicable au tétanos. Nous rapporterons au premier genre de cause l'action spéciale des agents physiques (Edwards) dans certaines circonstances. Ainsi, les climats chauds, principalement ceux des régions intertropicales et des pays voisins, certaines saisons de l'année, l'extrême chaleur ou le grand froid, disposent d'une manière incontestable au tétanos. Le sexe féminin, l'enfance et la jeunesse, y sont aussi plus exposés que le sexe masculin, l'âge adulte et surtout la vieillesse, bien que, sur ce dernier point, Arétée ait eu tort de combattre l'opinion généralement admise, comme a fait Blizard-Curling, en soutenant, avec raison peut-être, que le tétanos est plus rare chez les femmes.

Toutefois ces diverses causes, malgré leur influence très réelle, sont rarement capables de développer le mal sans le concours des causes dites efficientes, qui sont à peu près celles du plus grand nombre des maladies. Ainsi nous retrouverons parmi elles les vives affections morales, les suppressions brusques de transpiration, l'impression du froid, le corps étant en sueur; le refroidissement occasionné par la pluie, la fraîcheur et l'humidité de la nuit, comme l'éprouvèrent les blessés de Bautzen; l'exposition nu à l'air, les excès d'aliments et de boissons, et surtout les indigestions auxquelles ils donnent si souvent lieu; les évacuations abondantes, l'empoisonnement, les vers intestinaux, les excès vénériens, les rétrocessions d'exanthèmes, les coups, les chutes, etc. Mais il est à remarquer qu'à l'exception des violences extérieures qui, comme les coups portés sur la région cervicale postérieure, peuvent immédiatement, et sans le concours d'aucune autre circonstance, développer le tétanos par une lésion directe du centre nerveux, les autres causes ne le font guère naître que quand elles agissent sur des sujets déjà affectés depuis plus ou moins longtemps de plaies en voie de suppuration : aussi tous les auteurs ont-ils mis ces solutions de continuité au nombre des causes tout à la fois prédisposantes et efficientes les plus actives du tétanos.

« L'espèce de plaies, piqûres, déchirures, plaies contuses, par arrachement, la manière de les panser, etc., sont d'autres circonstances importantes que je me contente d'indiquer en masse; car il faudrait faire un gros livre, comme Trnka, pour épuiser les détails relatifs à chacune d'elles : on n'y verrait, du reste, rien que de conforme aux idées générales qui viennent d'être émises. Mais après ce travail, il resterait encore à dire comment des causes communes à la plupart des maladies peuvent produire une affection d'un caractère aussi spécial que le tétanos. Là se trouve un problème que jusqu'à présent les auteurs ont vainement essayé de résoudre, et dont on n'exigera pas, j'espère, que je donne la solution. » (Rochoux, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XXIX, p. 532.)

Traitement. — Le grand nombre de moyens indiqués pour combattre une maladie indique en général leur insuffisance. Cette remarque s'applique surtout au traitement du tétanos, dans lequel on a fait entrer la plupart des médications actives dont se compose la matière médicale. Malgré ce luxe thérapeutique, on ne réussit guère mieux à guérir la maladie aujourd'hui que du temps d'Arétée, et l'on va voir parmi les principes de ce médecin ceux qui ont résisté le plus aux épreuves de l'expérience.

On peut voir dans Trnka de très longs détails sur l'emploi des émétiques et des cathartiques, des diaphorétiques et des diurétiques, du quinquina, des fleurs d'arnica, du phosphore, du musc, du castoréum, de l'opium, du tabac, de l'huile, du vin, de l'eau, de la glace, du mercure, de la saignée, des lavements, des frictions, des onctions, des bains chauds et froids, des fomentations, des errhins, des vésicatoires, de l'électricité, et enfin de l'insufflation de l'air dans le tissu cellulaire. En parlant de chacune de ces médications ou médicaments il rapporte un plus ou moins grand nombre de faits particuliers dans lesquels ils ont été mis en usage. La conclusion à tirer de son travail est qu'excepté un petit nombre de remèdes sur lesquels nous allons appeler l'attention, tous les autres ont été ou nuisibles ou inutiles. Il ne paraît pas non plus qu'il y ait beaucoup à compter sur les bains de fumier dont Amb. Paré a fait usage, sur l'emploi de l'ammoniaque volatile et sur l'administration extérieure et intérieure du carbonate de potasse, qui n'a pas été connue de Trnka. On cite, il est vrai, quelques exemples de guérison par suite de ce dernier traitement combiné avec l'usage de l'opium; mais comme on a aussi obtenu des succès avec les autres remèdes, rien ne prouve encore en faveur du dernier venu.

Dans un tel état de choses, et bien persuadé que, quand il n'existe pas d'indication spéciale tranchée, on doit en thérapeutique s'en tenir à une méthode sagement expectante, et se borner à remplir les indications générales, M. Rochoux pense qu'il est rationnel de diriger d'après les données suivantes le traitement du tétanos.

« Quoique la roideur des membres, dit-il, ait dû d'abord engager à porter des remèdes sur eux, comme ils reçoivent de l'intérieur l'impulsion désordonnée qui les agite, on doit bien peu compter sur l'emploi des moyens extérieurs. Cependant il ne sera jamais nuisible de recourir aux frictions émollientes et autres secours de ce genre. Mais on aurait grand tort d'employer des irritants tels que les sinapismes, les vésicatoires, l'électricité, etc. On ferait sans doute encore plus de mal en donnant intérieurement l'opium, le musc, le castoréum et autres remèdes dits antispasmodiques; aussi ont-ils été à peu près généralement proscrits par les praticiens expérimentés.

» Faudra-t-il un jour revenir sur ce jugement? Le récit suivant peut servir à décider la question. Un médecin, sur la véracité duquel je puis compter, m'a assuré avoir guéri un tétanos par l'opium administré à hautes doses. M. Colombat, à l'exemple de quelques autres, assure s'être bien trouvé de l'emploi de ce remède (*Archives générales*, janvier 1828); mais Wendt le déclare nuisible, et M. Bax assure avoir vu périr les soixante tétaniques observés par lui au Sénégal, quel que fût le traitement employé sur eux. (*Dissertations inaugurales*, mars 1830, p. 242.) D'un autre côté, Aderschyœld a vu à Stockholm, sur quarante-deux enfants atteints du trismus, trente-quatre enfants succomber, malgré le grand nombre de moyens curatifs auxquels il a eu recours (*Trismus des nouveau-nés*, p. 367), et son Mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* ne prouve pas que les sujets guéris aient vraiment été atteints du tétanos. A l'égard de ces médications monstrueusement polypharmaques adoptées par Bright, Malone (*Gazette des hôpitaux*, février 1834 et avril 1836), qui ordonnent à la fois ou successivement de larges saignées, le sulfate de quinine, le mercure doux, le vin, les toniques, le sulfate de fer, etc., il est évidemment impossible, au milieu d'un pareil pêle-mêle de remèdes, de savoir quelle a été leur action favorable, si vraiment ils en ont eu une. Il n'en est pas de même pour ces cas d'affections à formes tétaniques qui montrent quelquefois une véritable intermittence dans leur marche. Elles cèdent au sulfate de quinine, comme on devait s'y attendre (Robert, *Archives générales*, septembre 1843); mais à ces exceptions près, nous considérons la diète, le repos, un coucher convenable, les boissons délayantes, l'usage des lavements émollients, des bains tièdes, comme faisant la base du traitement du tétanos.

» En cas de surcharge gastro-intestinale bien évidente, on pourrait en outre avoir recours aux émétiques et aux purgatifs, tandis que la plupart du temps on

s'en tiendrait à l'usage des saignées générales, à l'application de sangsues aux tempes ou sur les jugulaires, et aux fomentations froides sur la tête. Toutefois, malgré les symptômes d'apparence ordinairement inflammatoire de la maladie, il n'en faut pas moins être très réservé dans l'emploi des évacuations sanguines : la facilité avec laquelle elles produisent la syncope, jointe à l'absence habituelle de couenne à la surface du caillot sanguin en fait un précepte dont Arétée a très bien établi l'importance. On ne devra donc jamais le perdre de vue. On n'oubliera pas davantage qu'il ne convient jamais d'employer la force pour surmonter les contractions musculaires : cette manœuvre, toujours très douloureuse, ne pourrait, on le sent du reste, remédier à la cause du mal. C'est à cause de cela que dans les cas de trismus, où il est impossible aux malades de desserrer les dents, on devra, pour les faire boire, recourir à l'introduction d'une sonde de gomme élastique portée dans l'œsophage à travers les narines, ou mieux encore, introduite dans la bouche par l'intervalle qui se trouve entre la branche de la mâchoire et la dernière dent molaire. Casser une dent pour cela, ouvrir fortement la bouche avec un coin, comme on l'a pratiqué autrefois, sont des moyens barbares dont l'art ne saurait maintenant tolérer l'emploi.

» Il faut pourtant s'y attendre, même en suivant avec méthode et persévérance les règles de conduite qui viennent d'être prescrites, on verra périr le plus grand nombre des malades. Ce n'est point là une objection à élever contre l'indication du traitement antiphlogistique, surtout de la part de ceux qui croient à la nature inflammatoire du tétanos. En effet, s'il est vrai que certaines phlegmasies sont presque nécessairement mortelles, par exemple, suivant M. Guersant, la méningite aiguë arrivée à sa seconde période (*Dict. de méd.*, t. XIV, p. 172), le tétanos pourrait aussi bien être dans le même cas, sans cesser d'être une phlegmasie, que s'il dépendait d'une affection moins profonde de l'appareil nerveux. Cette opinion admise, il resterait à savoir si les guérisons qu'on a rapportées comme lui appartenant n'étaient pas fournies par des affections d'une nature différente, quoique lui ressemblant beaucoup par l'ensemble de leurs symptômes. On serait tenté de se prononcer pour l'affirmative en voyant, dans plusieurs de ces cas, la maladie se prolonger entre quarante et cinquante jours (*Traité pratique des maladies graves*, etc., p. 24 et 25; *Mém. inédit. sur le tétanos*), et surtout en entendant Lecat assurer qu'il n'a jamais vu guérir une seule fois le tétanos traumatique. » (Rochoux, *Dict. de méd.* en 30 v., t. XXIX, p. 541.)

Malgré le peu de valeur que M. Rochoux lui accorde, l'opium à haute dose a conservé, à tort ou à raison, une réputation supérieure à celle des autres médicaments employés contre le tétanos, et c'est lui surtout qu'on emploie aujourd'hui à la dose de 10 à 15 centigrammes d'extrait, pour commencer, dose qu'on a élevée jusqu'à 1 gramme et même plus.

M. Forget (de Strasbourg), a vu guérir un tétanos spontané sous l'influence présumée de l'onguent napolitain en onctions, à la dose de 30 grammes par jour, pendant cinq jours.

Dans le tétanos traumatique, plus grave encore que le spontané, quelques chirurgiens ont conseillé l'amputation des parties blessées, où se trouve presque toujours le point de départ de la maladie. Mais cette pratique n'a guère été mise en usage, et nous ne pensons pas que beaucoup de chirurgiens se décident à l'adopter ; car pour arriver à en constater la valeur, il faudrait se résoudre à faire de trop cruelles expériences. M. J. Roux, qui a fait cette expérience récemment sur un malade affecté de tétanos à la suite d'une luxation du pied, et chez lequel il a pratiqué l'amputation de la jambe, n'en a pas moins vu son malade mourir. Mais ce que l'on sera toujours autorisé à faire, ce à quoi il faudra même s'attacher, c'est à simplifier autant que possible l'état des plaies, à combattre l'étranglement qui peut exister, à extraire les corps étrangers irritants, à calmer l'inflammation, etc.

Un médecin canadien a conseillé l'emploi des affusions froides combinées à l'opium. Il veut que l'on commence le traitement par une affusion prolongée jusqu'à la syncope, puis qu'on enveloppe le ma-

lade dans des couvertures de laine sèches et bien chaudes, et, enfin, qu'on lui administre une potion composée de vin chaud et d'opium à haute dose. On recommence la même série de moyens dès que la contracture se reproduit.

Parmi les applications diverses que l'on a faites de l'éther et du chloroforme, on pourrait prévoir toutes celles qui concernent le traitement des maladies incurables ou presque incurables. A ce titre, le tétanos doit figurer dans la liste. On ne se tromperait point : l'éthérisation a été plusieurs fois appliquée tout récemment contre le tétanos, mais avec des succès divers. MM. Velpeau, Yvonneau, Robert, J. Roux, l'ont tentée en vain ; dans certains cas même, la médication a paru hâter la mort des malades. D'autres médecins semblent avoir été plus heureux : tels sont MM. Mignot, interne à l'hôpital Beaujon, Ledru (de Clermont), Pertusio et Hopgood. Enfin, M. Petit, médecin à Hermonville (Marne) vient de faire connaître trois cas qui seront consultés avec intérêt, à cause des détails qui manquent à la plupart des autres.

« Obs. 1. Victor Bigin, de Ventelay, ouvrier charpentier, âgé de vingt ans, se fit, le 31 août 1847, en marchant sur un clou, une légère piqûre à la face plantaire du pied gauche près du gros orteil. La plaie légère qui en résulta guérit vite et sans soins. Bigin n'y songeait plus, quand, le 9 septembre, il ressentit une douleur dans les deux côtés de la poitrine et dans le dos. Sa tête se renversait en arrière, et il y avait un peu de roideur des mâchoires. Le 10, tous ces symptômes allèrent en augmentant, de telle sorte que le 11 le malade fut obligé de se mettre au lit.

» Le 12, M. Richard, médecin à Hermonville, dont les lumières égalent la profonde expérience, constata seulement un peu de trismus, du renversement de la tête en arrière, et pratiqua une saignée d'environ 600 grammes.

» Le même jour, dans la soirée, il trouva tous les symptômes aggravés. Le renversement en arrière était plus considérable, les mâchoires pouvaient à peine être écartées, et les parents, très effrayés et impatients de ne point voir revenir M. Richard, avaient appelé M. Flamand, officier de santé à Roucy, qui se trouvait en ce moment à Ventelay. Celui-ci pratiqua une nouvelle saignée, appliqua six cautères au bistouri le long de la colonne vertébrale, et sonda le malade qui ne pouvait plus uriner depuis le matin. MM. Richard et Flamand jugèrent à propos de saigner de nouveau, de panser les cautères avec de la charpie enduite de pommade stibiée, et d'appliquer vingt-cinq sangsues le long de la colonne vertébrale.

» En rentrant le soir, M. Richard me fit part de ce qui s'était passé, et, comme je savais qu'on avait déjà employé l'éthérisation dans le tétanos, je pensai que ce moyen, qui pourtant n'avait pas encore réussi, pourrait peut-être nous rendre quelques services, et il fut convenu que nous l'emploierions le lendemain.

» Le 13, à quatre heures du soir, à mon arrivée chez Bigin, le tétanos était devenu général. La tête était fortement renversée en arrière, les mâchoires pouvaient à peine être écartées d'un centimètre. Les avant-bras étaient pliés à angle droit sur les bras sans qu'il fût possible de les étendre ; puis, survenaient à chaque instant des contractions violentes des muscles de l'abdomen et des parois de la poitrine, qui me faisaient craindre que le malade ne mourût asphyxié dans un bref délai. Les urines n'avaient point été rendues depuis vingt-quatre heures. Les parents me racontèrent que le matin, M. Richard avait éthérisé le malade, que ce moyen avait produit une amélioration momentanée, mais que tous les symptômes étaient revenus quelque temps après. Encouragé par ce premier succès, après avoir vidé la vessie au moyen de la sonde, j'éthérisai de nouveau et tâchai de pousser l'éthérisme aussi loin que possible. Au bout de quelques instants, le corps du malade se couvrit d'une sueur abondante, la respiration devint très embarrassée ; je n'osai aller plus loin, et Bigin fut quinze minutes environ sans revenir à lui. Pendant tout ce temps, *les contractures des parois de la poitrine et de l'abdomen cessèrent, et je pus assez facilement faire allonger les jambes et les bras*. Il n'y eut, du reste, aucune amélioration pour la colonne vertébrale, le cou et les mâchoires. Quand l'éthérisme cessa, tous les symptômes reparurent graduellement, mais furent

près d'une heure sans revenir à la violence qu'ils avaient auparavant. Ce premier essai m'engagea à persister, et, comme je ne pouvais rester continuellement auprès du malade, je montrai à sa sœur à l'éthériser, et l'engageai à le faire toutes les fois que les crises deviendraient trop violentes. On continua, du reste, le pansement des cautères avec la pommade stibiée.

» 14. Le malade a eu des crises violentes dans la nuit, depuis dix heures jusqu'à une heure. On l'a éthérisé deux fois, et, après avoir sué abondamment, il a dormi assez paisiblement jusqu'à quatre heures. Au moment de mon arrivée (neuf heures du matin), la roideur de la colonne vertébrale et des mâchoires est toujours la même, mais les contractions cloniques, quoique toujours violentes, ont diminué de fréquence. Les urines sont rendues au moyen de la sonde. Il n'y a pas eu de selles depuis le 11. (On continue les éthérisations; deux bains d'une heure chacun.)

» 15. La journée d'hier et la nuit se sont assez bien passées. Les contractions cloniques reviennent encore moins souvent. On a éthérisé quatre fois. En ce moment, le malade est dans un état assez satisfaisant. Je prolonge ma visite pour m'assurer que les contractions des muscles des parois thoraciques reviennent plus rarement, mais l'état de la colonne vertébrale est toujours le même. (Même traitement.)

» 16. Les contractions sont rares et beaucoup moins violentes. Le trismus est un peu moindre, mais la colonne vertébrale est toujours très roide, les bras sont un peu plus souples. Le malade ressent quelques besoins d'aller à la selle, sans pouvoir les satisfaire. Le ventre est fortement tendu, même après le cathétérisme de la vessie. (Même prescription : lavement avec sulfate de soude 60 grammes. On cesse l'emploi de la pommade stibiée sur les cautères. Etablissement d'une sonde à demeure.)

» 17. La journée d'hier s'est bien passée jusqu'à six heures du soir; mais, à partir de ce moment, les contractions cloniques ont un peu augmenté, les membres qu'on pouvait plier facilement ont repris une partie de leur roideur. La sonde a été chassée dans une contraction, mais le malade a uriné seul dans le bain; il a eu une évacuation alvine abondante. Je remarque, en éthérisant Bigin, qu'il commence à s'habituer à ce moyen. On met plus d'éther dans l'appareil, et, cependant il faut plus de dix minutes pour arriver à un éthérisme complet. Cependant, tout se passe alors comme il y a quelques jours; les membres peuvent être allongés, et quand le malade revient à lui, il peut les mouvoir un peu lui-même, quoique avec beaucoup de lenteur. Aucun changement du côté de la colonne vertébrale. Je recommande d'insister sur les éthérisations.

» 18. Il y a de l'amélioration. Les urines viennent seules; les mâchoires s'écartent plus facilement.

» 19. L'amélioration continue. On éthérise moins souvent.

» 20. Les spasmes ont un peu augmenté. Le malade a eu quelques faiblesses, et une évacuation alvine pendant l'une d'elles. Le pouls est plus faible que d'habitude, sans pourtant présenter rien d'effrayant. Les escarres des cautères sont tombées.

» 21. Les contractions ont diminué. Le malade plie un peu le dos. Les faiblesses n'ont point reparu. Il est maintenant impossible d'éthériser complétement Bigin, quelle que soit la quantité d'éther qu'on y mette. On n'obtient plus d'insensibilité, il y a tout au plus obtusion des sens.

» A partir de ce moment, les spasmes ne revenant plus, le malade n'a plus été éthérisé que de loin en loin, quand les contractions semblaient augmenter. On a continué seulement les bains. L'état du malade devient de plus en plus satisfaisant, et, le 2 novembre, il est complétement guéri et assez fort pour pouvoir parcourir à pied les 8 kilomètres qui séparent Ventelay d'Hermonville que j'habite. »

« Obs. 2. Le 7 août dernier, je fus appelé chez M. Allard, âgé de quarante-neuf ans, propriétaire et vigneron à Trigny. Ses parents me rapportèrent que le 27 juillet il s'était fait une légère excoriation au petit orteil du pied droit; que, vers le 30, le malade avait éprouvé une difficulté d'écarter les mâchoires assez grande pour gêner la déglutition; que cette roideur avait été en augmentant, puis avait gagné le tronc et les membres, et qu'enfin, le malade était au lit depuis la veille.

» A mon arrivée, la roideur est géné-

rale, les mâchoires sont assez serrées, les muscles des parois thoraciques et abdominales se contractent à chaque instant, les jambes sont tendues et ne peuvent être pliées ni par le malade ni par les assistants. Les bras seuls obéissent encore, quoique avec difficulté. Ils sont pliés et passablement roides; mais, malgré cela, le malade peut les mouvoir un peu. Il y a peu de renversement en arrière. (Saignée de 600 grammes, 2 bains d'une heure chacun; 3 pilules d'extrait d'opium de 5 centigrammes chacune.)

» Le 8. Tous les symptômes étaient aggravés. Ainsi, la roideur était plus prononcée, les contractions presque continuelles; les bras seuls étaient restés à peu près dans le même état. Dans cette occurrence, je pensai qu'il serait utile d'avoir recours aux éthérisations qui nous avaient si bien réussi chez le sujet de la première observation. J'employai l'éther et ne me servis point du chloroforme, dans la crainte que ce dernier agent ne pût être supporté aussi longtemps que le premier. Les effets furent exactement les mêmes que chez Bigin; aussi, au lieu de détailler les faits d'une manière aussi étendue, me contenterai-je de rapporter qu'une amélioration assez rapide fut obtenue au moyen d'éthérisations très fréquentes (4 à 5 fois en douze heures), de bains et de quelques pilules d'opium. Le malade, qui d'abord avait quelques craintes de l'éther, demandait, dès lendemain, à être éthérisé quand les secousses devenaient plus fréquentes, et reconnaissait que les crises revenaient bien moins souvent quand on l'avait soumis à ce moyen. Huit jours après, l'amélioration était très sensible, et la guérison était complète au bout de quinze jours de traitement. Seulement, la convalescence dura un temps assez long. »

« Obs. 3. Un individu, affecté de tétanos, s'est présenté, en septembre ou en octobre 1847, à l'hôpital de Reims, dans le service du docteur Philippe. L'affection était beaucoup moins grave et se bornait à peu près à du trismus; le tronc et les membres étaient restés libres. M. Philippe, à qui j'avais parlé de la guérison de Bigin, voulut aussi employer l'éther, et observa qu'à partir de la première éthérisation la maladie ne fit plus de progrès. La guérison arriva du reste en quelques jours.

» Tels sont les faits que je désirais soumettre au jugement des praticiens. Je pense que les inhalations d'éther ont eu, au moins sur les deux premiers malades, une influence heureuse, non pas peut-être en guérissant le tétanos, mais plutôt en modifiant les contractions des muscles des parois thoraciques, et en empêchant ainsi les malades de périr par asphyxie avant que leur maladie ait commencé à décroître. Il me semble que, dans ce cas, l'effet de l'éthérisme est analogue à celui de la trachéotomie, qui ne guérit pas le croup, mais qui permet au malade de respirer jusqu'à ce que les fausses membranes qui obstruent le larynx aient pu être chassées ou détruites par le traitement employé.

» Le résultat obtenu chez ces malades devra, je pense, engager à essayer à l'avenir les inhalations éthérées dans le tétanos; seulement je crois qu'on n'en obtiendra quelque avantage qu'autant qu'on éthérisera très souvent, et qu'à cette condition seule on arrivera *quelquefois* à enrayer cette terrible maladie.

» Un autre fait résulte de ces observations : c'est celui de la possibilité de s'habituer à l'éther de manière à n'en plus ressentir aucune influence. Bigin était devenu tellement insensible que, voulant voir un jour pendant sa convalescence jusqu'à quel point cette tolérance était arrivée, je n'ai obtenu aucun résultat, bien que j'aie persisté à éthériser pendant plus d'un quart d'heure et que j'aie employé plus de 200 grammes d'éther. Le malade finit par ressentir quelque douleur dans la poitrine, mais ne fut nullement enivré, et surtout conserva sa sensibilité. Je pense du reste que, pour éviter cette tolérance, on ferait bien, après avoir employé pendant quelques jours l'éther, de prendre du chloroforme, et *vice versâ*. » (Petit, *Revue médico-chirurgicale*, novembre 1848.)

La *prophylaxie* du tétanos est faite pour nous dédommager un peu de l'impuissance du traitement curatif. Ainsi voit-on beaucoup moins fréquemment cette maladie se développer à la suite des plaies par armes à feu, depuis que le pansement de ces plaies est devenu plus rationnel et en

même temps plus simple. Aujourd'hui on voit bien moins de tétanos aux Antilles (voy. TÉTANOS DES NOUVEAU-NÉS dans le *Traité des maladies des enfants*, t. VI, p. 252) qu'on n'en voyait il y a plusieurs années, grâce aux précautions hygiéniques dont on entoure la population nègre. C'est donc dans ces précautions, dans le pansement rationnel des plaies, tel qu'il est généralement conseillé aujourd'hui, qu'on devra chercher les moyens de prévenir une maladie si souvent funeste dans ses résultats. Dans les pays chauds, ou dans les climats tempérés pendant les saisons chaudes, il faudra veiller à ce que les blessés soient placés dans des chambres où l'on entretiendra une température fraîche et une ventilation convenable. On agirait de même pour les individus qui seraient pris de tétanos spontanément, car les bons résultats qu'on a obtenus aux Antilles de l'observation d'une sage hygiène prouvent suffisamment que les températures élevées, et en général les mauvaises conditions atmosphériques, influent également sur le tétanos traumatique et spontané.

ARTICLE II.
Tremblement.

On désigne sous ce nom une agitation limitée et involontaire de tout le corps ou de quelque partie, et qui trouble ou empêche plus ou moins les mouvements volontaires, mais sans en détruire complétement le jeu. On pourrait, à la rigueur, douter que la véritable place de cette maladie fût ici; cependant on verra, quand nous en discuterons la nature, qu'il y a de bonnes raisons pour l'y placer.

Le tremblement, quoique assez peu important, a cependant été décrit dès la plus haute antiquité : Hippocrate, Celse et leurs successeurs l'ont plus ou moins clairement indiqué, et quelques uns en ont distingué plusieurs espèces.

Voici ce qu'en dit, dans un article récent, M. le professeur Chomel :

« Ce phénomène se montre sous des formes diverses, relativement à son siége, à son intensité, à son type, à sa durée. Il est partiel ou général, et, dans ce dernier cas, il peut exister à un degré différent dans les diverses parties; il est communément plus marqué dans les parties supérieures que dans les inférieures. Tantôt il est à peine sensible et n'apporte qu'une gêne obscure dans les mouvements; tantôt il est porté au point de rendre la marche incertaine, la préhension difficile et la parole confuse. Il peut être permanent ou passager; se reproduire périodiquement à des intervalles déterminés, s'accroître ou diminuer avec rapidité ou lenteur, ne durer que quelques heures, quelques minutes même, ou se prolonger indéfiniment. Mais c'est particulièrement des causes qui le produisent que ressortent les principales variétés du tremblement, et c'est surtout sous ce point de vue qu'il convient de l'envisager.

» Le tremblement peut être l'effet direct soit de certaines affections morales vives, comme la frayeur, la colère, une joie subite, soit de l'impression du froid, soit aussi de l'affaiblissement lié aux progrès de l'âge. Cette dernière variété, à laquelle on a donné le nom de tremblement sénile, commence souvent vers la soixantième année; mais, comme la vieillesse à laquelle elle se lie, elle peut se montrer prématurément: c'est ce qu'on observe en particulier chez les sujets épuisés par les excès dans les veilles ou dans le coït, ou par la masturbation.

» Ailleurs, le tremblement se développe sous l'influence immédiate de certains agents, parmi lesquels les narcotiques tiennent la première place : il est dû fréquemment à l'abus du café, et plus encore à celui des liqueurs alcooliques. L'action du mercure sur l'économie a également pour effet de produire un tremblement particulier, qu'on désigne par l'épithète de mercuriel; on l'observe chez les individus qui manient habituellement le mercure, chez ceux qui ont abusé, ou même simplement usé, des préparations de mercure, et surtout chez ceux qui sont exposés journellement à ses émanations.

» Le tremblement se montre fréquemment aussi au début des maladies aiguës : il est un des phénomènes les plus apparents du premier stade de chacun des accès d'une fièvre intermittente. Il paraît encore dans le cours d'autres affections, et principalement dans les maladies de l'encéphale; souvent enfin il survient

dans les fièvres typhoïdes, maladies dans lesquelles les fonctions cérébrales offrent une altération analogue à celle que produisent les substances narcotiques et un état qui se rapproche de l'ivresse.

» Il serait satisfaisant de pouvoir constamment rattacher le tremblement à l'affection d'un même organe. Dans le grand nombre des cas, le tremblement est évidemment produit, soit par des causes qui portent leur action sur l'encéphale ou sur la moelle épinière, soit par des lésions manifestes des centres nerveux; mais le tremblement sénile, le tremblement mercuriel et celui qui accompagne le frisson, bien qu'ils aient pour agent le système nerveux, se rattachent, les deux derniers surtout, à des affections qu'on ne saurait considérer comme nerveuses.

» Le tremblement présente, dans les dernières affections précitées, quelques différences utiles à connaître. Celui que détermine la frayeur avec le froid est en général de courte durée, et disparaît spontanément avec la cause qui l'a produit. Le tremblement sénile affecte le plus généralement d'abord les membres supérieurs; plus tard il se propage aux membres inférieurs et au tronc, et il persiste d'ordinaire jusqu'à la fin de la vie, en faisant de continuels progrès. Celui que détermine l'usage passager de l'opium à haute dose cesse avec le narcotique; mais sous l'influence de l'usage prolongé de cette substance, le tremblement peut devenir permanent, selon que la cause a agi pendant peu ou beaucoup de temps. Il est rarement intense quand il se prolonge; mais il peut devenir momentanément très prononcé, et quand il coïncide avec un délire plus ou moins violent, il constitue la maladie connue sous le nom de *delirium tremens*. Le tremblement mercuriel consiste en une espèce d'oscillation portant principalement sur les membres supérieurs. Quand il est encore récent, il peut disparaître par le seul éloignement des causes qui l'ont produit; mais arrivé à un certain degré, il peut rendre les malheureux qui en sont atteints incapables pour longtemps de toute espèce de travail manuel. Le tremblement qui se lie au frisson, au début soit des phlegmasies, soit des fièvres éruptives ou continues, est rarement très prononcé; le plus ordinairement modéré, quelquefois à peine sensible, il n'a souvent lieu que par intervalles, et, de même que le frisson avec lequel il coïncide, il cesse et se reproduit en alternant avec des instants de chaleur. En général, plus il est intense, plus il y a lieu de croire que l'affection qui débute sera intense elle-même, ou doit occuper un organe important.

» Le tremblement du premier stade des accès fébriles intermittents, quelquefois léger, est souvent beaucoup plus prononcé, et parfois si intense, que tout le corps est ébranlé par des secousses convulsives accompagnées d'un claquement violent des dents les unes contre les autres; il est d'ordinaire continu et se prolonge pendant une durée variable d'une demi-heure à deux heures, sans qu'on puisse le faire cesser; puis il diminue et cesse à mesure que la chaleur s'établit. Ces caractères sont souvent utiles pour faire reconnaître, dès le premier accès, l'invasion d'une fièvre intermittente grave. Enfin, le tremblement qui se manifeste dans le cours des affections de l'encéphale est ordinairement de fâcheux augure; et celui qui survient à une époque un peu plus avancée des fièvres continues est en général l'indice d'une lésion des centres nerveux, et ajoute beaucoup à la gravité du pronostic. » (Chomel, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XXIX, p. 768.)

Nature. — Dans le passage que nous venons de citer, M. Chomel étudie le tremblement plus encore comme symptôme que comme affection particulière et indépendante de tout autre état morbide appréciable; or c'est sous cette forme seulement que nous devons étudier la nature du tremblement. La mort n'arrivant à peu près jamais par le fait du tremblement lui-même, ce n'est que dans des cas très rares que l'on a pu se livrer à des recherches cadavériques sur cette affection. Ces recherches, jusqu'à ce jour, n'ont produit qu'un résultat purement négatif; et, sous ce rapport, on est parfaitement autorisé à classer le tremblement parmi les maladies sans lésion matérielle appréciable, c'est-à-dire parmi les maladies nerveuses. Reste à savoir maintenant si cette maladie dépend simplement d'une altération du système nerveux périphérique, ou si, au contraire, la cause de l'affection réside dans

l'axe cérébro-spinal lui-même; si c'est par conséquent une névro-pathie ou une névrose. Or, si l'on considère que le tremblement est le plus souvent général, ou qu'au moins il existe dans plusieurs parties à la fois; si l'on remarque les nombreuses analogies qu'il a avec la chorée. regardée à juste titre comme une névrose par excellence, on ne peut, il nous semble, s'empêcher de placer dans la même catégorie le tremblement : sa place ici est donc, à notre avis, complétement justifiée. Toutefois, jusqu'à ce que les autopsies cadavériques aient été plus nombreuses et plus suivies, cette classification ne doit être considérée que comme provisoire; car il est possible que quelque altération légère, quelque congestion fugace, soit en réalité la cause première du tremblement.

Traitement. — Cette possibilité, rendue quelquefois jusqu'à un certain point probable par des symptômes plus ou moins prononcés de congestion, à servi de point de départ à un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique, que l'on conseille encore dans les circonstances dont nous parlons; lorsque, au contraire, les malades sont naturellement faibles ou accidentellement débilités, on conseille de recourir de préférence aux antispasmodiques, aux calmants, aux révulsifs. Dans le premier cas, on pourra pratiquer une ou plusieurs saignées, et faire une ou plusieurs applications de sangsues derrière les apophyses mastoïdes, suivant la force des sujets et l'intensité des symptômes cérébraux.

Quelques tremblements spéciaux ont des indications particulières. Ainsi le tremblement résultant d'une violente émotion se dissipe ordinairement d'une manière prompte et spontanée; il ne réclame par conséquent que du calme moral. Celui qui vient avec les progrès de l'âge persiste ordinairement pendant le reste de la vie, et ce serait fatiguer inutilement les vieillards qui en sont atteints que de les soumettre à un traitement quelconque d'une manière suivie; on se contentera donc chez eux d'employer quelques uns des moyens indiqués au début du tremblement, et l'on suspendra tout traitement après quelques semaines, si l'on n'a obtenu aucun résultat satisfaisant.

Quant au tremblement qui peut se manifester sous l'influence du mercure et de quelques autres substances particulières, ils ont une thérapeutique appropriée qui ne peut trouver son histoire dans cet article.

ARTICLE III.

Epilepsie.

Par la description qu'en ont donnée les auteurs les plus anciens, on peut dire que l'épilepsie a été connue de toute antiquité. Aristote la désignait sous le nom de *morbus herculeus*, soit que le demi-dieu y fût sujet, soit qu'on supposât dès lors qu'une forte constitution y prédispose, soit enfin parce que la force des malades, pendant les accès, augmente d'une manière prodigieuse. Platon l'appelait νόσος ἱερά, *morbus sacer aut divinus*, parce que, selon lui, elle attaquait la partie divine de l'âme, et qu'elle dépendait du courroux des dieux. Hippocrate combattit ce préjugé, mais lui conserva le nom de *sacrée.* Celse et Galien la dirent *morbus sacer et major*, en raison de la violence de ses symptômes. Regardée à Rome comme un signe de mauvais présage, elle reçut de Pline et de Serenus la dénomination de *morbus comitialis*, parce que les comices étaient dissous lorsqu'un des membres était atteint d'une attaque d'épilepsie. Aulu-Gelle l'appelle *malfaisante*, *morbus sonticus*; Paracelse, *caduque*, *morbus caducus*, parce que les malades tombent comme frappés par une massue. Arétée, faisant intervenir les puissances infernales, la nomme *morbus dæmoniacus*, parce que, disait-il, le démon s'emparait des malheureux épileptiques. Les Arabes la décrivirent sous le titre d'*analepsie*, de ἀνάληψις, *prise*, *reprise.* Les auteurs sacrés ayant cru que des rapports existaient entre les accès épileptiques et les phases de la lune, lui infligèrent l'épithète de σεληναῖα, *astralis*, *interlunis*, et celle de *lunatiques* aux malheureux malades. En France on la connaît sous les dénominations de *haut-mal*, *mal caduc*, *grand mal*, *mal de terre*, *mal de Saint-Jean*, *mal des enfants ;* mais, de toutes ces appellations, la plus commune et la plus usitée est celle d'*épilepsie.* Ἐπίληψις, επεληψα, de ἐπιλαμβάνειν, *saisir*, *suspendre tout à*

coup, parce qu'elle terrasse le malade à l'instant même.

Définition. — Tous les auteurs qui ont écrit sur l'épilepsie en ont donné une définition différente, mais tous s'accordent à y faire entrer les convulsions et l'absence de sentiment. Ainsi, suivant Sauvages, l'épilepsie est un spasme clonique général, chronique et périodique avec abolition des sens dans le paroxysme, et oubli de ce qui est arrivé auparavant. Pour Cullen, c'est une convulsion des muscles avec somnolence; pour Van-Swieten, une maladie du centre nerveux, dans laquelle la sensibilité est détruite, la force motrice et musculaire considérablement augmentée, sans participation de la volonté et de la conscience; pour J.-P. Frank (*Traité de médecine pratique*, t. II, p. 501), une convulsion générale et partielle, le plus souvent accompagnée de perte des sens et de la mémoire pour ce qui s'est passé dans le paroxysme.

Georget définit l'épilepsie une névrose chronique et intermittente du cerveau, principalement caractérisée par des attaques convulsives, en général de courte durée, avec perte subite et complète de la connaissance, insensibilité, turgescence rouge ou violette de la face, distorsion de la bouche, immobilité des pupilles, écume à la bouche.

Divisions. — Les divisions que l'on a voulu introduire dans l'étude de l'épilepsie sont nombreuses et variées; les anciens surtout, selon le point de vue médical sous lequel ils se plaçaient, y ont apporté un tel esprit d'analyse, qu'il est bien difficile de suivre et de retenir leurs classifications. Les auteurs modernes ont admis plus de simplicité, et partant plus de clarté, dans l'étude de l'affection qui nous occupe; aussi nous rangeons-nous du côté de ces derniers. Cependant, pour être aussi complets que possible, nous devons faire connaître les divisions anciennes et qui eurent de leur temps le plus de crédit.

Cullen, dont les opinions furent, à une certaine époque, les flambeaux de la science, admit deux genres d'épilepsie: 1° l'épilepsie *idiopathique*; 2° l'épilepsie *symptomatique*. Dans le premier genre, il reconnut trois espèces: 1° l'épilepsie *cérébrale*; 2° l'épilepsie *sympathique*; 3° l'épilepsie *occasionnelle*.

Mais laissons parler Cullen lui-même: « 1° L'épilepsie *cérébrale*, dit-il, survient tout à coup sans aucune cause évidente; elle n'est précédée d'aucune sensation désagréable, à moins que ce ne soit quelquefois un vertige léger ou la scotomie.

» On doit rapporter à cette espèce: 1° l'épilepsie pléthorique produite par la suppression des règles, ou du flux hémorrhoïdal, par l'excès de nourriture ou des liqueurs spiritueuses; 2° l'éclampsie pléthorique, qui est l'effet des mêmes causes; 3° l'épilepsie cachectique produite soit par les obstructions et la surabondance de sérosité, soit par les humeurs âcres répercutées; 4° l'épilepsie produite par terreur.

» 2° L'épilepsie *sympathique* survient aussi sans cause évidente, mais elle est précédée de la sensation d'une espèce de vapeur qui paraît s'élever d'une partie du corps, telle que le pied ou la main, et se porter à la tête.

» 3° L'épilepsie *occasionnelle* est évidemment produite par une irritation, et cesse dès que l'irritation n'existe plus.

» Cette espèce varie en raison de la nature de l'irritation. Elle peut être produite par: 1° les coups portés à la tête; alors on la nomme épilepsie ou éclampsie traumatique; 2° la douleur, telle que les coliques violentes, l'otalgie, la dentition et les accouchements difficiles; 3° les vers; 4° les poisons, tels que les racines de ciguë, les baies de la belladone, du Sumac; 5° la gale ou une autre humeur âcre répercutée; 6° les crudités contenues dans l'estomac; 7° les affections de l'âme; 8° les hémorrhagies excessives; 9° la faiblesse: telle est l'éclampsie des nouveau-nés.

» Les espèces d'épilepsie *symptomatique* sont celles qui sont produites par les fièvres, comme on l'a observé dans: 1° la fièvre quarte; 2° les exanthèmes, telles que la petite vérole, la rougeole; 3° les affections de l'utérus; 4° les exostoses du crâne qui surviennent dans la maladie vénérienne; 5° l'hydrocéphale; 6° l'ischurie. »

D'autres auteurs, ne considérant qu'une seule face de la question, divisent l'épilepsie selon le point de vue sous lequel ils se placent; nous ne mentionnerons que pour mémoire ces différentes divisions:

D'après le siége de la cause : 1° en *idiopathique ;* 2° en *sympathique.*

D'après son origine : 1° en *héréditaire ;* 2° en *acquise.*

D'après sa durée : 1° en *aiguë* (éclampsie) ; 2° en *chronique.*

D'après sa marche : 1° en *vague ;* 2° en périodique.

D'après son étendue : 1° en *générale ;* 2° en *partielle.*

D'après la manière dont elle sévit : 1° en *sporadique ;* 2° en *endémique.*

D'après le mode d'attaque : 1° en *caduque*, lorsque le malade tombe tout à coup sans connaissance ; 2° en *courante*, lorsqu'il court encore quelques pas avant de tomber ; 3° en *tournante*, si le malade, avant de tomber, tourne en rond.

Nous ne poursuivrons pas l'énumération de toutes ces divisions dont une seule, celle qui fait partie de la distinction d'après le siége de la cause, est la seule généralement admise aujourd'hui.

Quand, avec Georget, on ne regarde l'épilepsie que comme une névrose du cerveau, on n'en peut admettre de *sympathiques;* d'après cette manière de voir, toutes sont *idiopathiques.* Georget est le seul auteur qui ne reconnaisse seulement que cette dernière espèce d'épilepsie ; évidemment il est trop exclusif, et, avec Tissot, Pinel, Esquirol, etc., nous reconnaîtrons deux espèces d'épilepsie : 1° l'épilepsie idiopathique ; 2° l'épilepsie sympathique, ou mieux symptomatique.

Nous nous occuperons d'abord de l'épilepsie idiopathique, et nous dirons plus tard quelles sont les affections qui peuvent réveiller cette névrose, ou tout au moins revêtir le caractère épileptiforme.

Anatomie pathologique. — Ce paragraphe devrait-il être ici pour mémoire, ou bien y a-t-il réellement une anatomie pathologique de l'épilepsie ? Les auteurs sont assez divisés d'opinion sur ces questions. Portal, qui a longuement traité ce sujet (*Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie*, Paris, 1827, in-8), résume ainsi qu'il suit ses nombreuses recherches :

« Le cerveau a quelquefois plus de volume, chez les épileptiques, qu'il ne doit en avoir pour être contenu convenablement dans le crâne, quoique sa substance ne soit pas altérée et que la cavité crânienne ne soit point rétrécie ni viciée dans sa configuration, tantôt par excès de sang (voy. obs. VIII), tantôt par une surabondance d'eau. (Obs. XIV, XX, XXIII.)

» D'autres fois le cerveau est considérablement diminué de volume, généralement ou partiellement, endurci également ou inégalement dans sa totalité ou seulement dans quelques unes de ses parties. (Voy. obs. III, VI, VIII, XII, XXII.)

» On a trouvé les substances du cerveau ramollies (voy. obs. XX, XXVIII) ; quelquefois avec des gaz divers (obs. XXI, XXVIII), infiltration séreuse ; d'autres fois ressemblant à de la graisse ou à une substance lardacée. (Obs. XIX.)

» Les vaisseaux sanguins du cerveau ont été trouvés plus ou moins gorgés de sang (obs. IV, XI, XL), quelquefois rompus et avec un épanchement plus ou moins considérable de ce liquide concrété entre le cerveau et ses membranes, dans ses ventricules, dans sa substance même, ou dans celle du cervelet, de la moelle allongée ou épinière. (Voy. obs. V, VI.) Ce sang est quelquefois mêlé avec des concrétions granuleuses d'une couleur plus foncée ; d'autres fois elles sont muqueuses, mucilagineuses, albumineuses, de forme et de contexture polypeuse.

» Au lieu de sang il y a plus ou moins d'eau entre les membranes ou sous la pie-mère, avec infiltration dans la substance du cerveau, et quelquefois des épanchements dans ses ventricules. Cette eau pure peut être diverse par sa quantité et par sa couleur, étant tantôt très claire, limpide comme de l'eau distillée, et tantôt jaunâtre, verdâtre, rouge, noirâtre, quelquefois ayant, au contraire, plus ou moins de consistance, étant mucilagineuse, muqueuse, trouble (voy. obs. VIII, X, XIV, XVIII) ; quelquefois on a reconnu que cette eau était douceâtre, amère au goût, ou paraissait avoir de l'acrimonie (obs. XIII), au point que quelques gouttes de ce liquide ont produit sur la langue un sentiment d'érosion.

» Il y a quelquefois des hydatides dans le cerveau, particulièrement dans les plexus choroïdes, dans le septum lucidum (obs. XV, XX) ; enfin on a trouvé dans toutes les diverses parties du cerveau, etc., ou un épanchement d'eau entre ses deux lames, comme on l'a déjà dit.

» Ces hydatides sont de divers volumes et contiennent des substances différentes par leur couleur et leur consistance, séreuses, muqueuses, glutineuses, produisant un surcroît de volume du cerveau en général, ou de quelqu'une de ses parties.

» Quelquefois il y a dans le cerveau des excavations (obs. XLII) et ulcérations bien remarquables, et des épanchements divers produisant sur les nerfs, à leur origine, une compression plus ou moins forte, ou des irritations plus ou moins intenses. Ces épanchements sont formés par des substances sanguines lymphatiques, quelquefois ayant la consistance de la gélatine, ou des mucosités, du pus (obs. XVII), de la sanie, et ayant, comme ces dernières humeurs, plus ou moins d'acrimonie.

» On a trouvé dans les membranes du cerveau, ainsi que dans les substances de cet organe, ou dans ses cavités, des congestions de nature diverse, stéatomes, sarcômes, fongosités. (Obs. XXVII.)

» Les membranes du cerveau, la dure-mère, l'arachnoïde, la pie-mère, ont été trouvées dans un état d'altération très diverse, injectées de sang, leurs vaisseaux en étaient très pleins, même rompus, et avec extravasation de ce liquide plus ou moins considérable dans leur tissu, ou extérieurement, ou intérieurement dans le cerveau. (Obs. V, XXIV, XXVI, XXXVII et XXXIX.)

» Les membranes du cerveau se sont considérablement épaissies (obs. XXIV), endurcies, avec quelque uniformité ou très inégalement dans une plus ou moins grande étendue. Quelquefois les trois membranes ensemble sont confondues et paraissent n'en former qu'une seule plus ou moins adhérente au crâne et au cerveau.

» Ces membranes ont aussi été reconnues dans un véritable état d'inflammation par leur couleur d'un rouge plus ou moins foncé. (Obs. XXXVIII et XLI.)

» Quelquefois il y a dans le cerveau des traces d'une véritable érosion, de gangrène ou de sphacèle.

» On a aussi reconnu que des tumeurs polypeuses, hydatidiques, stéatomateuses, ulcérées, d'une grosseur plus ou moins considérable, provenaient d'une altération de l'une ou même des trois membranes du cerveau. (Obs. XXIV, XXV et XXVI.)

» Les sinus de cet organe et ceux de la moelle épinière étaient plus amples et plus pleins de sang qu'il n'eût fallu, relativement à l'état naturel. (Obs. XL.) On les a aussi trouvés rompus, avec un épanchement de sang, plus ou moins considérable, dans le crâne ou dans le cerveau, généralement ou partiellement; d'autres fois les grands sinus supérieurs ont été trouvés rompus par des chutes ou sans cause antécédente reconnue.

» Tandis que, au contraire, on a reconnu que les sinus, non seulement les petits, mais même les plus grands, étaient très angustiés et si rétrécis que leur cavité était annihilée au point qu'ils étaient devenus comme ligamenteux, cartilagineux, osseux (obs. XXX, XXX bis), ainsi que les membranes cérébrales, lorsque chez les mêmes sujets on reconnaissait le plus souvent que les autres sinus et vaisseaux étaient gorgés de sang.

» Quant aux ossifications internes de la tête, on croit avoir reconnu non seulement que les sinus du cerveau étaient ossifiés, mais que la plupart des vaisseaux sanguins intérieurs de la tête, seuls ou conjointement à d'autres vaisseaux de diverses parties du corps, avaient été trouvés ossifiés chez des épileptiques. Quant aux os qu'on assure avoir trouvés dans la substance cérébrale ou cérébelleuse, on peut élever quelque doute à cet égard (obs. XXXI, XXXVII), parce qu'on a quelquefois pris pour des os des concrétions très dures dans les membranes ou dans le cerveau, quoiqu'elles ne le fussent pas.

» On a trouvé, chez quelques épileptiques, des fragments d'os détachés de ceux du crâne, des esquilles plus ou moins enfoncées dans les substances du cerveau, soit qu'elles eussent été enfoncées par suite de quelque fracture, par des chutes (obs. XXXIII) ou par des coups, soit par une épée ou par tout autre instrument pointu, etc., qui aurait percé le crâne, ou enfin par une balle qui l'aurait fracturé, etc.

» Tel est le précis très restreint des altérations du cerveau et de la moelle allongée les mieux reconnues et qu'on a considérées comme autant de preuves irréfra-

gables de la cause et du siége de l'épilepsie idiopathique dans le cerveau.

» Mais il faut observer que si ces altérations sont quelquefois très considérables, multipliées, et résidant même en diverses parties de l'encéphale, toutes ayant été trouvées altérées chez les épileptiques, elles peuvent d'autres fois ne consister que dans la plus petite des lésions, à peine visibles, si elles le sont même, dans les substances du cerveau en général, ou dans celle de la moelle allongée plus particulièrement; enfin, que ces altérations peuvent n'être pas quelquefois reconnues; toutes les parties de l'encéphale paraissant parfaitement saines, comme nous en rapporterons des exemples. » (Portal, *Traité de l'épilepsie*, p. 41 et suiv.)

Dans le passage précédent, Portal a résumé les observations dans lesquelles on a pu constater une altération matérielle dans le cerveau; dans le suivant, il rend compte de celles dans lesquelles on en a trouvé à la fois dans le cerveau et dans d'autres parties :

« On vient de voir, par le résultat des observations rapportées dans cette deuxième section, que non seulement on s'est assuré, par l'ouverture du corps, de l'existence des lésions dans le cerveau des épileptiques, mais qu'on en a reconnu en même temps dans les parties qui constituent le crâne ou qui le recouvrent extérieurement ou intérieurement. Nous avons ensuite réuni à l'histoire des lésions observées dans l'encéphale, dans la moelle épinière et les nerfs, celles qui ont été trouvées dans les diverses parties de la face, des yeux, des oreilles, du nez, de l'organe du goût, de la mastication, de la dentition, de la déglutition. Après ces observations plus ou moins nombreuses, selon que nous avons pu les recueillir, nous leur en avons réuni quelques unes qui concernent les épilepsies avec lésion des fonctions du cœur et des poumons, ainsi que des plèvres, du médiastin, du péricarde; celles qu'on a reconnues dans le bas-ventre de certains épileptiques, dont le cerveau était aussi altéré dans plusieurs de ses parties ou seulement dans quelqu'une d'elles. Nous avons rapproché celles qui concernent les affections morbides de l'estomac et des intestins, celles qui sont relatives aux épilepsies par des altérations dans le foie avec celles de la rate, du pancréas, de la veine-porte; enfin celles qui peuvent avoir concouru à troubler la sécrétion et l'excrétion de la bile, ou changer la nature de ce fluide et le disposer à devenir la cause de l'épilepsie.

» Les altérations des voies urinaires, des reins, des urétères de la vessie, du canal de l'urètre, qui ont été reconnues par l'ouverture des corps des épileptiques, ont aussi leurs exemples, ainsi que celles qui ont été compliquées d'affections morbides des parties génitales; toutefois le nombre de ces observations a été assez restreint pour être renvoyées à l'article *Épilepsies des femmes grosses*, pendant ou après les couches, ainsi qu'à celui sur l'épilepsie des nouveaux-nés, des enfants, des adultes, des vieillards.

» Enfin, après avoir donné des exemples des épilepsies sympathiques, ayant leur siége dans les organes internes par leur action sur le cerveau qui en est toujours le siége immédiat, nous en avons offert un grand nombre d'autres dont les siéges déterminants ou médiats étaient dans le tronc et dans les extrémités supérieures ou inférieures.

» Après l'exposition succincte de plusieurs de ces exemples, nous avons fait remarquer que les altérations reconnues en toutes ces parties plus ou moins éloignées du cerveau n'avaient une influence sur ce viscère que par le moyen des nerfs, vrais propagateurs de l'affection morbide des diverses parties du corps. » (Portal, *loc. cit.*, p. 96.)

Dans un troisième chapitre, Portal a placé les observations dans lesquelles on a constaté des lésions ailleurs que dans l'encéphale, mais non dans l'encéphale lui-même.

« On vient de voir, dans cette troisième section, que les observations qu'elle contient, concernent des épilepsies réelles, quoique leurs auteurs n'aient parlé d'aucune altération reconnue dans le cerveau, soit qu'ils fussent persuadés que l'épilepsie pouvait exister sans altération de cet organe, soit qu'ils fussent convaincus que cette maladie pouvait avoir d'autres siéges. Quoi qu'il en soit, nous avons eu l'atten-

tion, dans l'exposition des exemples rapportés, de les présenter en des articles différents, selon leurs siéges extérieurs ou intérieurs, en procédant de la tête au cou, à la poitrine, au bas-ventre. On ne peut comprendre que les auteurs de pareilles observations n'aient pas, d'après la connaissance des symptômes caractéristiques de l'épilepsie toujours constants, fait l'exploration du cerveau, pour nous dire s'ils avaient reconnu cet organe dans l'état morbide, ou qui leur parut tel. Cette négligence n'a pu qu'être très nuisible à la science. » (Portal, *loc. cit.*, p. 102.)

Enfin, dans un quatrième chapitre, l'auteur rapporte toutes les observations dans lesquelles on n'a trouvé de lésions anatomiques dans aucune partie du corps ; mais il n'hésite pas à attribuer cette circonstance à la négligence des observateurs.

« Il résulte de ces observations, que plusieurs personnes sont mortes d'épilepsie sans aucune lésion apparente, je le répète, non seulement dans leur cerveau, mais encore en aucune autre partie de leur corps, d'où l'on ne peut cependant conclure que le cerveau n'avait pas été le siége de l'épilepsie, comme quelques uns l'ont fait.

» Or ce que nous établissons à l'égard de l'épilepsie peut trouver son application à d'autres maladies de cet organe, surtout à celles qui sont convulsives, somnolentes, et même encore aux fièvres pernicieuses, dont les symptômes démontrent que leur siége est dans le cerveau, organe dans lequel cependant l'anatomie ne peut quelquefois découvrir aucune vraie altération.

» On ne peut conclure que dans de tels sujets le cerveau ait été parfaitement sain lorsque les malades ont été réellement atteints d'une vraie épilepsie. En effet, les substances du cerveau sont si molles et d'une structure si peu connue, qu'il est souvent impossible d'y reconnaître les plus petites lésions. Mais peut-on croire que le cerveau n'ait pas alors été le siége de l'épilepsie, quand on sait que cette maladie consiste dans la perte subite de connaissance, et dans des convulsions quelquefois réunies à des paralysies de divers muscles, et encore en d'autres accidents que le malade a éprouvés et qui ne peuvent provenir que de l'affection morbide du cerveau, organe de nos sensations naturelles quand il est sain, ou de celles contre nature quand il ne l'est pas. Ne sait-on pas d'ailleurs qu'on peut produire dans les animaux vivants les convulsions les plus fortes en molestant la substance médullaire du cerveau, de la moelle allongée particulièrement, par des piqûres ou par des liqueurs stimulantes ; ou encore avec une petite épingle, ou un simple crin de porc, et dont cependant quelquefois on ne peut reconnaître la trace par l'autopsie avec les meilleures loupes, quoiqu'on ait fait cette piqûre soi-même? Pourrait-on dire que l'estomac n'a pas été affecté chez un homme qui aurait éprouvé de violents vomissements, ou qui y aurait ressenti de vives douleurs, parce qu'on n'aurait pas trouvé ce viscère enflammé ou altéré d'une manière quelconque? Enfin pourrait-on dire que l'estomac n'a pas souffert dans des hépatites, ou néphrites, si les vomissements sont survenus, parce qu'on n'aurait pas reconnu après la mort, dans cet organe, des lésions plus ou moins remarquables?

» Le même raisonnement ne pourra-t-il pas être fait à l'égard des maux d'estomac et des vomissements chez les femmes hystériques? Pourrait-on dire qu'il n'aurait pas souffert, parce qu'on n'y aurait reconnu aucune altération, surtout si la matrice était dans un état morbide? N'en doutons pas, dans tous ces cas, l'estomac a souffert dans sa texture ou du moins dans ses nerfs, quoique par l'ouverture du corps on n'y ait reconnu aucune lésion.

» On peut en dire autant à l'égard du cerveau : il est affecté non seulement dans les épilepsies idiopathiques, mais encore dans toutes celles qui sont réputées sympathiques.

» Les mêmes remarques pourraient être faites à l'égard des organes dont l'autopsie serait plus facile à faire. Si ces organes paraissent dans l'état naturel après la mort, ils ne l'étaient certainement pas pendant que leurs fonctions étaient dans l'état morbide. » (Portal, *loc. cit.*, p. 108.)

Il est évident par toutes ces citations que Portal regarde une lésion anatomique comme cause de l'épilepsie. Cette opinion a été admise par quelques médecins de nos

jours, mais elle a été rejetée par la plupart. Suivant M. Calmeil, par exemple, auteur d'un excellent travail sur l'épilepsie, on ne connaît point de caractère anatomique propre à l'épilepsie; mais si l'on considère la série de symptômes qui appartiennent à cette maladie, dans laquelle on voit la perception abolie, la locomotion troublée dans toutes les parties du corps, dans deux côtés à la fois, on conclura que la cause de ces phénomènes n'est pas limitée à un point circonscrit des centres nerveux, mais qu'il existe un désordre dans toute la masse encéphalique, dont les caractères, la nature du désordre nous sont inconnus. Les altérations locales qu'on a rencontrées dans le cerveau des épileptiques ne peuvent être considérées comme la cause immédiate de leur maladie; elles ne sont pas constantes, elles n'agissent tout au plus qu'en provoquant par intervalles le désordre général qui donne lieu aux phénomènes épileptiques.

L'opinion de M. Calmeil est celle de l'immense majorité des médecins actuels.

Symptômes. — M. Calmeil, de même que Georget, distingue deux formes de la maladie : la première, le grand mal, répondant à celle qui a été décrite par celui-ci sous le nom d'*attaques convulsives;* la seconde, ou le petit mal, est le *vertige épileptique* de la plupart des auteurs. « Les étourdissements, ou le petit mal, dit-il, précèdent souvent de plusieurs années le grand mal ; le plus souvent encore ils se manifestent dans l'intervalle des grands accès ou les annoncent par leur apparition. Un étourdissement paraît parfois être si peu de chose, que beaucoup de personnes le remarqueraient à peine; cependant il est des plus graves : il est le signe certain de l'épilepsie; il tourmente les malades et les plonge dans l'abrutissement. »

M. Calmeil parle d'une nuance de phénomènes épileptiques qui se rapportent au vertige, et qui n'ont été que vaguement indiqués par Georget : ce sont les *absences.* « Elles ne sont pas rares chez les épileptiques; elles ne paraissent pas dangereuses. Le malade laisse tomber à terre l'ouvrage ou l'objet qu'il tenait à la main ; puis, sans présenter aucune particularité bizarre, il perd de vue ce qui se passe autour de lui. Quoique ses sens soient éveillés, ils sont momentanément fermés aux impressions; c'est une véritable extase. Les fonctions ne sont point troublées pendant ce temps. Si, dès le début, on interpelle le malade, l'absence cesse; si l'on reste spectateur, sans rien dire, elle se dissipe de même ; mais il faut quelques secondes. »

Quant à la véritable attaque d'épilepsie, à l'attaque confirmée, la plupart des auteurs ont admis une période prodromique et une période symptomatique proprement dite. Nous allons faire connaître quels sont, d'après les auteurs, les phénomènes caractéristiques de ces deux périodes.

Prodromes. — Les attaques d'épilepsie ne surprennent pas toujours les malades; quelquefois des phénomènes précurseurs viennent les avertir de l'invasion de l'accès. Ces phénomènes sont de deux espèces : les premiers consistent dans des troubles organiques, de la somnolence, de la céphalalgie, un sommeil agité, des rêves effrayants, des vertiges, des nausées, des vomissements, des feux, des éblouissements, des étincelles si le sujet est pléthorique, une extrême irritabilité, un besoin de se mouvoir presque continuel, de la faiblesse, des malaises, des crampes, des engourdissements; les seconds sont des désordres de l'intellect ou des sens, des inégalités dans le caractère, qui échappent aux malades, mais qui ne manquent pas d'éveiller la sollicitude des personnes qui les entourent, des odeurs particulières, des bruits extraordinaires, tels que des coups de fouet, une détonation d'arme à feu. Des prodromes beaucoup plus rares sont : des douleurs, du froid, du chaud, un chatouillement, qui se développent tout à coup dans un doigt, un orteil, un membre, le ventre, le dos, le sein, les lèvres, l'utérus, une cicatrice, s'élèvent graduellement, tantôt en s'affaiblissant, tantôt en augmentant d'intensité, le plus souvent avec lenteur, quelquefois avec une extrême rapidité, et, arrivés au cerveau, déterminent l'attaque. Cette espèce de vapeur légère, qui semble parcourir tous les téguments, a été appelée par les auteurs *aura epileptica;* mais elle est extrêmement rare : on l'a rencontrée huit ou dix fois sur 346 épileptiques. Dans un cas de ce genre, c'était un grand froid au sommet de la tête,

tandis que l'épigastre devenait le foyer d'une chaleur brûlante, qui remontait dans la direction de l'œsophage, et, arrivée au cou, causait un sentiment de strangulation fort pénible. Ailleurs les prodromes offrent un caractère tout particulier. Une femme, avant d'avoir ses attaques, pirouettait quelque temps sur elle-même, en faisant convulsivement un grand nombre de signes de croix. Un conducteur de diligence, en descendant une montagne rapide, les entraves mises aux roues de sa voiture s'étant brisées, fut entraîné avec une telle rapidité qu'il se crut perdu. Depuis cette époque, la moindre contrariété provoque l'accès, et, pendant les dix ou quinze minutes qui le précèdent, il croit voir des chevaux lancés au galop, et entendre des roues tourner avec beaucoup de vitesse et de fracas. Enfin, d'autres se mettent à courir à toutes jambes sans suivre de chemin tracé, et tombent surpris par l'accès. Une personne était avertie de l'approche de l'attaque par la rupture d'un crin dont elle entourait son bras, et elle avait le temps d'arriver chez elle, de s'enfermer, et de se soustraire aux regards.

Symptômes. — Il serait bien à désirer que l'on pût reconnaître, à des signes certains, l'invasion d'une attaque épileptique; mais le plus souvent l'accès vient tout à coup, au moment où les malades s'y attendent le moins : ils poussent un cri et tombent à la renverse, sans connaissance, comme frappés à mort; l'expression si admirable de Virgile, *procumbit humi bos*, peut en donner une idée. Les cheveux se hérissent, les sourcils se rapprochent, le front et le cuir chevelu sont excessivement agités. Les yeux, ordinairement fixes et saillants, peuvent aussi être entraînés d'un côté ou dans une rotation continuelle; les paupières sont entr'ouvertes, tremblantes, la pupille dilatée, immobile. La face est rouge, gonflée, les veines jugulaires sont gorgées de sang, au point d'acquérir parfois le volume du petit doigt. Une bave spumeuse sort de la bouche et s'accumule vers les commissures des lèvres; la langue se glisse souvent entre les dents et se trouve blessée, déchirée. Tantôt la mâchoire inférieure est serrée convulsivement contre la mâchoire supérieure, tantôt elle s'en écarte avec une telle violence, que Van Swiéten a vu un jeune homme chez qui elle fut luxée; quelquefois on rencontre une ou plusieurs dents brisées. La tête, portée ordinairement en arrière et de côté, peut rester fixe par la roideur des muscles du cou. Le tronc, d'abord immobile et dans un état tétanique, se soulève bientôt, se courbe, s'abaisse avec une force et une rapidité excessives. Les convulsions sont générales, mais plus marquées d'un côté que de l'autre. *Convulsiones totius corporis*, a dit Galien. Les pouces sont fortement fléchis dans la paume des mains, et recouverts par les autres doigts. Les muscles inspirateurs partagent cet état : les mouvements de dilatation du thorax sont brusques, fréquents, ce qui rend la respiration pénible, laborieuse. Les battements du cœur et des carotides ont une force et une vitesse désordonnées; le pouls est accéléré, souvent irrégulier, et difficile à compter. La sensibilité cutanée est totalement anéantie; on peut piquer, pincer, brûler les malades, sans qu'ils en aient conscience; il y a de même perte de l'odorat, de l'ouïe, de la vue; les odeurs les plus piquantes, les bruits les plus forts, la lumière la plus vive, ne produisent sur eux aucune sensation. Après quelques minutes, la respiration devient plus lente, plus facile; la vitesse du pouls se ralentit et reprend son type habituel; la turgescence violacée de la face est remplacée par une grande pâleur; la peau se couvre d'une sueur abondante, les convulsions diminuent, l'accès cesse, le malade tombe dans un sommeil stertoreux et profond; enfin il revient à lui, ouvre les yeux sans voir; il a l'air égaré, hébété; ses membres sont brisés, il est accablé de fatigue; il lui reste une céphalalgie violente, et n'a pas le moindre souvenir de tout ce qui est arrivé. Les organes soumis à l'influence des nerfs de la vie organique participent aux convulsions : les malades laissent souvent échapper involontairement leurs urines, leurs matières fécales, ou même du sperme, ce qui est rare cependant. Après l'attaque, il y a des borborygmes, des éructations, des nausées, des vomissements.

Les attaques ne sont pas toujours exactement telles que nous venons de les décrire; quelquefois les épileptiques tombent

sans jeter aucun cri ou sans qu'il y ait d'écume à la bouche. La durée des accès peut aussi se prolonger une ou plusieurs heures, à différentes reprises, ou même plusieurs jours ; les accès et les moments de repos se succèdent sans relâche. Georget dit en avoir vu jusqu'à soixante dans une seule nuit.

La fréquence des accès n'est par déterminée et offre de grandes variétés ; ils peuvent revenir tous les ans, tous les six mois, tous les mois, tous les quinze jours, tous les jours. M. Andral a cité un cas où la première attaque avait paru entre quinze et vingt ans et disparu jusqu'à trente, époque à laquelle elle revint pour durer autant que la vie.

Les accès d'épilepsie ne présentent pas toujours des symptômes aussi graves ; quelquefois, sans phénomènes avant-coureurs, des individus perdent subitement connaissance, rarement ils poussent un cri ; ils restent assis, ou tombent par terre s'ils sont debout ; leurs yeux sont fixes ; il y a parfois un peu d'écume à la bouche ; si des convulsions se manifestent, elles ne sont que partielles, soit des yeux, de la face, du cou, d'un doigt ou d'un membre seulement ; il n'y a point d'état comateux, mais insensibilité générale et oubli de tout ce qui s'est passé. Ces petites attaques, qu'on appelle aussi étourdissements, vertiges, précèdent ordinairement les grands accès et sont d'une courte durée. Après quelques secondes, une ou deux minutes au plus, les malades reprennent connaissance et continuent leur travail ou suivent une conversation, comme s'ils n'avaient rien éprouvé. Georget cite une demoiselle qui perdait souvent connaissance étant à son piano, et qui continuait après l'attaque l'air qu'elle avait commencé à jouer, sans se douter qu'elle l'eût cessé un instant.

Enfin les accès se montrent plus souvent la nuit que le jour, ce qui tient peut-être à la position de la tête pendant le sommeil. Un cultivateur, s'étant exposé pendant la moisson, la tête nue, à l'action d'un soleil brûlant pendant tout un jour, fut pris la nuit suivante d'attaques épileptiques ; les accès le surprenaient toujours pendant le sommeil, et il ne s'en apercevait que par une lassitude extrême.

Diagnostic. — D'après les détails qu'on vient de lire, il est facile de voir qu'il n'y a guère de maladies avec lesquelles on puisse confondre l'épilepsie. L'hystérie est peut-être la seule avec laquelle la confusion puisse être faite. Cependant ce n'est pas seulement le diagnostic de l'épilepsie qu'on est appelé quelquefois à établir, c'est encore le diagnostic entre l'épilepsie réelle et l'épilepsie simulée dans un but frauduleux. Les deux tableaux suivants permettront de porter avec facilité ces deux espèces de diagnostic.

Épilepsie.	*Hystérie.*
L'épilepsie attaque les hommes et les femmes indistinctement.	L'hystérie est spéciale aux femmes.
Celle-ci reconnaît ordinairement pour cause une vive frayeur.	Celle-là est due à une susceptibilité extrême, aux moindres impressions.
L'épileptique est rarement averti de l'approche des attaques, l'*aura epileptica* ne se fait presque jamais sentir.	Les malades ont toujours des phénomènes précurseurs, des bâillements, des pandiculations, des éructations, des vomissements, le ventre gonflé. Elles éprouvent la sensation d'une boule nommée *hystérique*, qui, partant de l'abdomen, parcourt la poitrine et monte à la gorge en produisant l'effet de la strangulation.
Les attaques surprennent le malade inopinément, partout où il se trouve, sans qu'il lui soit possible de les retarder.	Jamais les attaques n'ont lieu dans les rues, dans les lieux publics ; les hystériques ont toujours le temps de se retirer dans un endroit convenable pour laisser passer l'accès.
La perte de connaissance est complète ; lorsque l'épileptique revient à lui, il ne	Les facultés intellectuelles ne sont point abolies, les malades se rappellent les soins

conserve aucun souvenir de tout ce qui s'est passé.	qu'on leur a prodigués, elles voient et entendent.
Les membres offrent un état convulsif et tétanique ordinairement plus marqué d'un côté que de l'autre. Les pouces sont fléchis dans la paume des mains et recouverts des autres doigts. Les paupières sont entr'ouvertes; les yeux ternes, fixes, tournés en haut et de côté ou roulants, les pupilles dilatées et immobiles.	Les mouvements des membres, variés, désordonnés, sans roideur, se font dans le sens de la flexion et de l'extension, ils ont beaucoup plus d'étendue; ce sont des contorsions brusques et violentes. Il y a simple frémissement des paupières rapprochées, et quand elles sont ouvertes, l'œil, fixe quelquefois, offre de l'éclat, de la vie; les pupilles sont mobiles.
La respiration est stertoreuse ou presque suspendue, la bouche tirée de côté et garnie d'écume vers les commissures; souvent cette écume est teinte du sang qui s'écoule des morsures faites à la langue.	Il n'y a ni stertor, ni écume, la langue n'est jamais blessée par les dents, la bouche n'est point déformée, la respiration toujours plus libre.
Il y a insensibilité générale; les agents les plus énergiques ne produisent aucune sensation.	La sensibilité est exquise.
L'épileptique jette un cri en tombant; il n'articule point les mots et ne fait entendre aucune plainte.	Les femmes hystériques poussent des gémissements, elles parlent et appellent ordinairement leur mère.
Le sommeil qui succède aux convulsions fait partie de la maladie; il ne soulage point le malade, qui reste accablé de fatigue; ses membres sont rompus, il a l'air hébété.	Le sommeil est réparateur et fait disparaître les lassitudes; la malade recouvre toute sa connaissance.
Les accès ne sont souvent que de quelques secondes, ils dépassent rarement dix à quinze minutes.	Les accès durent plus longtemps, quinze, vingt minutes ordinairement, souvent même plus d'une demi-heure, quelquefois jusqu'à trois heures.
L'intelligence s'émousse peu à peu, les mouvements perdent de leur énergie, la mémoire s'affaiblit; presque tous les épileptiques finissent par tomber dans l'idiotisme ou la démence.	Quelque répétées que soient les attaques, elles n'entraînent jamais l'altération des facultés intellectuelles, mais on remarque souvent une très grande susceptibilité nerveuse.
La mort survient assez souvent pendant l'accès; il reste parfois des tics, du strabisme, des déformations de la face, des paralysies partielles.	Il n'y a jamais mort pendant l'accès, les suites fâcheuses sont extrêmement rares. La physionomie est altérée, crispée, mais n'a rien de hideux.
Les épileptiques ont l'apparence d'une assez bonne santé; leurs traits grossissent, quelquefois même ils deviennent bouffis, colorés.	Les hystériques sont maigres et pâles, leur extérieur dénote un état de souffrance habituelle.

Épilepsie simulée. — Ce n'est jamais que dans des intentions coupables, que des individus s'étudient à imiter cette horrible maladie, soit pour se faire exempter du service militaire, soit pour exciter la commisération publique et recevoir des aumônes. On ne saurait s'imaginer à quel point on a porté la ruse, la friponnerie; et l'épilepsie, à force d'être simulée, est quelquefois devenue réelle. Boerhaave et Sauvages en rapportent de nombreux exemples. Cependant, en y faisant quelque attention, on aura des moyens sûrs de reconnaître la fraude et de démasquer ceux qui tentent l'usage d'une pareille supercherie.

Épilepsie simulée.	*Épilepsie vraie.*
Le prétendu épileptique choisit le lieu où la scène doit se passer, pour se faire le moins de mal possible, éviter les recherches d'un médecin et provoquer la pitié des personnes qui ne peuvent pas découvrir son astuce.	Le véritable épileptique est surpris par l'accès partout où il se trouve, dans l'endroit le plus périlleux, fût-il même en danger d'y perdre la vie et en présence de toute espèce de spectateurs.
Souvent il n'a pas remarqué comment se fait la flexion des doigts, il tient le poing fermé et le pouce étendu par-dessus.	Toujours le pouce est recouvert par les autres doigts.
Il fait de grands mouvements, la bouche est fermée naturellement.	Il y a roideur tétanique, des mouvements peu étendus, la bouche est tournée.
Il peut comprimer les vaisseaux du cou au moyen d'un lien caché dans la cravate; mais en ôtant cette cravate, la turgescence de la face cesse aussitôt; jamais après l'accès il n'y a pâleur excessive.	L'aspect rouge et violacé de la face persiste pendant les convulsions, eût-il le cou et tout le corps à découvert. Lorsque l'accès est passé, une pâleur extrême y succède.
Ceux qui simulent l'épilepsie font de l'écume en agitant un petit morceau de savon. La langue est à l'état ordinaire.	L'écume, chez le véritable épileptique, est facile à reconnaître; elle est souvent mêlée de sang. Il est rare que la langue ne porte pas l'empreinte de quelques cicatrices.
Ils peuvent faire semblant de dormir, mais lorsqu'ils ouvrent les yeux ils paraissent chercher à connaître l'effet qu'ils ont produit.	Le ronflement particulier, cet air étonné et honteux après l'accès, sont presque impossibles à contrefaire.
Il en est qui supportent des pincements, des piqûres, l'application de corps chauds; mais c'est rare. Ordinairement la ruse cesse bientôt. On a vu un conscrit, menacé d'un fer rouge, demander sur-le-champ à partir.	La sensibilité générale est anéantie, rien ne peut les émouvoir.
Ils ne peuvent à leur gré faire battre leur cœur d'une manière forte et tumultueuse.	La respiration est gênée, suspendue; il y a des battements de cœur fréquents.
En approchant une bougie, la pupille se contracte, et se dilate lorsqu'on l'éloigne.	La pupille reste immobile et dilatée à l'approche d'un corps lumineux, à moins que les yeux ne soient roulants.

La découverte des agents anesthésiques a ajouté un nouveau moyen à ceux qu'on avait déjà pour distinguer l'épilepsie réelle de l'épilepsie simulée. Lorsqu'on soumet un épileptique aux inhalations anesthésiantes, l'état convulsif persiste si l'épilepsie est réelle, tandis qu'il est remplacé par une résolution complète dans le cas contraire.

Enfin, il faut s'informer de la conduite, des antécédents de l'individu soumis à vos investigations et des motifs qui peuvent le porter à feindre une si hideuse maladie. Lorsqu'on a affaire à des mendiants, comme ce sont pour la plupart des êtres lâches et pusillanimes, il suffit d'un peu de fermeté pour découvrir la fraude. Dehaën raconte qu'un mendiant simulait sur la voie publique les affreuses contorsions de l'épilepsie; que pour faire cesser cette comédie, il eut l'idée de faire allumer un feu de paille et d'annoncer qu'il allait y faire placer l'épileptique; ce malheureux épouvanté se sauva à toutes jambes.

Marche et terminaisons. — D'abord faibles et éloignées, les attaques deviennent peu à peu plus graves et durent plus longtemps. L'âge n'apporte aucune amélioration dans l'état des épileptiques; le plus souvent, au contraire, les accès augmen-

tent progressivement d'intensité. Pendant les moments de repos, les malades ne sont jamais dans un état normal ; le physique et le moral sont toujours plus ou moins affectés. La contractilité musculaire s'affaiblit ; il survient des tremblements, des paralysies, des tics convulsifs, l'atrophie et la contracture des membres ; leurs bras et leurs jambes grêles ne sont plus en rapport avec le reste du corps ; ils ont toujours quelque contusion, quelque blessure, produites par les chutes fréquentes qui leur arrivent. Les yeux ont quelque chose d'incertain, la démarche est vacillante, les lèvres deviennent épaisses, les traits grossissent, la physionomie perd de son expression, est tout à fait changée ; le visage le plus charmant devient difforme, hideux. A Bicêtre, on a observé un épileptique qui restait hémiplégique plusieurs jours après l'accès ; d'autres sont affectés de strabisme ou présentent des éruptions à la peau après chaque attaque.

Le moral éprouve des troubles non moins graves : les sens sont engourdis, la sensibilité émoussée, les facultés intellectuelles affaiblies, la mémoire perdue ; les malades sont incapables de se livrer à un travail soutenu, et finissent, la plupart, par tomber dans la démence. Sur 339 épileptiques, M. Esquirol dit que 269, c'est-à-dire les quatre cinquièmes, étaient plus ou moins aliénés ; un cinquième seul conservait l'usage de la raison, et quelle raison ! Si l'aliénation mentale succède fréquemment à l'épilepsie, il est rare que cette dernière maladie vienne compliquer la folie. M. Esquirol dit n'en avoir jamais vu ; cependant, à la Salpêtrière, sur 243 épileptiques, on a observé 7 individus primitivement aliénés et 158 aliénés après l'épilepsie ; 78 n'étaient point aliénés. Lamothe cite l'observation d'un enfant à qui un seul accès d'épilepsie fit perdre la mémoire. Van Swiéten parle de plusieurs infortunés qui devinrent fous dès leur enfance, par suite d'attaques d'épilepsie. M. Andral a cité l'exemple d'un épileptique qui, après chaque attaque, voyait son intelligence prendre une nouvelle énergie, et le mettre à même de résoudre des questions dont il ne serait jamais venu à bout pendant les intermittences ; mais ce cas est tout à fait exceptionnel. Les moins maltraités sont tristes, capricieux, irascibles, d'une très grande susceptibilité ; ils ont souvent de l'exaltation dans les idées ou paraissent s'ennuyer sans cesse : les uns sont dans une insomnie continuelle, les autres dorment du matin au soir.

D'après M. Calmeil, quand le début du mal épileptique a lieu à un âge avancé, la perte de la raison paraît moins fréquente. Il est peu de malades qui soient tombés dans la démence au moment même où l'épilepsie venait de se manifester pour la première fois (M. Calmeil en cite un exemple chez une femme de soixante-treize ans) ; l'influence la plus puissante pour l'anéantissement de la raison se trouve dans la réunion des accès du grand mal avec les vertiges. La rapidité de la marche de l'aliénation est en rapport avec la fréquence et la durée des attaques ; le grand mal seul n'épargne pas le moral ; sa fréquence et une durée prolongée augmentent ses effets pernicieux. Le grand mal seul ne se manifeste que pendant un jour par mois, par exemple, mais apparaissant dans ce jour vingt à trente fois, ne manque pas d'affaiblir la raison. Quand les vertiges sont très multipliés, quoique seuls, ils sont aussi actifs pour la production de la démence que les vertiges et le grand mal réunis, mais un peu moins multipliés. Quand la démence est peu avancée, l'épilepsie venant à disparaître, la raison reprend peu à peu son premier état. Chez beaucoup de sujets qui ont eu le mal depuis le jeune âge, l'intelligence a pu acquérir un développement complet. Vers les premières années, le mal ne s'était pas montré fréquemment. La manie complique fréquemment l'épilepsie, mais elle est beaucoup plus rare que la démence. La manie habituelle est moins fréquente que la manie fugace qui suit les accès ; celle-ci, dont la durée varie, est souvent calmée au quatrième jour. Les caractères sont parfaitement tranchés : le délire et l'agitation se trouvant poussés aussi loin que possible, la fureur survient fréquemment, et partout où l'on soigne des épileptiques, on est en garde contre la violence de ceux qui ont des accès de manie intermittente. La manie qui persiste dans l'intervalle des attaques ne finit, le plus souvent, qu'avec la vie. Il est difficile de donner les carac-

tères de cette manie, parce que presque toujours les malades sont déjà en démence. Il peut se faire que le délire se calme pour quelques moments : mais un rien le fait reparaître, et l'agitation renaît. Le délire partiel, la mélancolie avec propension au suicide, se manifestent quelquefois chez les épileptiques, mais presque exclusivement chez ceux qui ne sont pas atteints de démence : or ces derniers ne sont qu'en petit nombre ; M. Calmeil dit en avoir vu quatre exemples. Deux de ces quatre malades avaient attenté d'une manière grave à leur vie ; tous ont été guéris en peu de temps.

Pronostic. — L'épilepsie se termine rarement par la guérison ; mais il est rare aussi qu'elle entraîne directement la mort, bien que l'on voie des épileptiques succomber pendant un accès. Dans ce cas, la mort est due à une congestion qui a lieu dans le cerveau, à une suspension de la respiration, ou à un collapsus qui ne permet pas une réaction instantanée. Le plus souvent les malades périssent à la suite d'affections indépendantes, ou descendent lentement au tombeau dans un état de marasme et de consomption. En général, les épileptiques ne parviennent pas à une longue vieillesse ; quelques uns, toutefois, vivent assez longtemps.

Les auteurs pensent que l'épilepsie et les autres névroses ne portent aucune atteinte aux fonctions de la digestion, et que les fonctions d'assimilation jouissent de toute leur énergie. Nous croyons tout le contraire ; jamais un organe n'est malade sans que les autres en souffrent plus ou moins. Si les épileptiques avaient de bonnes digestions, ils n'auraient pas besoin de prendre une plus grande quantité d'aliments que ceux qui se portent bien. Ils ne seraient pas sujets à des crampes d'estomac, à des flatuosités, à des cardialgies, à des palpitations, à des lassitudes spontanées ; il n'y aurait pas des désordres aussi grands, des altérations aussi profondes du physique et du moral ; la vessie ne perdrait pas de sa contractilité, ne deviendrait pas inerte au point d'obliger les malades à recourir à la sonde toutes les fois qu'ils éprouvent le besoin d'uriner. Tous ces phénomènes prouvent évidemment que les fonctions digestives sont altérées au plus haut point. Les épileptiques n'ont pas non plus l'apparence d'une bonne santé, tant s'en faut, car il reste sur le facies de ces infortunés une empreinte particulière, une certaine impression qu'un œil exercé reconnaît sans peine au premier abord ; ils sont maigres la plupart, et ceux qui paraissent engraisser n'ont que de la bouffissure, mais nul embonpoint. Ils se promènent, ils marchent, mais ils sont loin de se trouver dans un état parfaitement normal, alors même, ce qui est rare, qu'aucune autre affection n'a envahi un organe quelconque de l'économie.

Causes. — Comme celles de toutes les maladies, elles ont été divisées en prédisposantes et occasionnelles.

1° *Causes prédisposantes.* — Quoique l'épilepsie soit de tous les âges, on peut dire qu'elle est plus fréquente dans l'enfance qu'aux autres périodes de la vie. La facilité pour la contracter est en raison inverse de l'âge, à tel point qu'on lui a imposé la dénomination de *mal des enfants*. Cette dénomination est vicieuse, à la vérité, rigoureusement parlant, puisque l'épilepsie n'est pas plus particulière à l'enfance que le croup, la coqueluche, la chlorée, etc., mais cependant elle n'exprime que l'exagération d'une vérité.

« L'extrême délicatesse du système nerveux, dit Esquirol, la présence du méconium, les vers intestinaux, le travail de la dentition, les mauvaises qualités du lait des nourrices qui se livrent à des écarts de régime ou à leurs passions, sont autant de circonstances qui exposent plus particulièrement les enfants à l'épilepsie. Les chutes, les ligatures trop fortes dont on étreint les enfants, dont on ceint leur tête, ont souvent causé cette maladie. »

A ces causes d'épilepsie chez l'enfant, il faut joindre l'effroi qu'inspirent la vue des objets fantastiques, le récit même d'épisodes, d'événements fantasmagoriques où le dramatique l'emporte sur l'absurde, effroi qui peut agir puissamment sur de jeunes cerveaux. C'est d'ailleurs un fait aussi digne de remarque qu'inconcevable, qu'au point de civilisation où nous sommes parvenus, on s'obstine toujours à entretenir les enfants de contes absurdes de sorciers, de fées, de spectres,

de revenants, etc. On s'amuse à leur faire peur de tout, et il en résulte souvent les maux les plus funestes.

Ces récits donnent à l'enfant une sensibilité excessive; ses nerfs deviennent d'une délicatesse et d'une impressionnabilité infinie, et la plus petite chose peut le rendre épileptique.

L'exemple suivant est choisi parmi des centaines qu'on pourrait citer :

« Une jeune fille de huit ans, d'un caractère très sensible, qui partageait les peines de sa mère et qui pleurait souvent avec elle, fut forcée par son père d'aller faire une commission le jour du mardi gras. L'enfant, qui était timide et craintive, n'osait s'aventurer dans la rue ; enfin elle alla faire son emplette ; mais en revenant elle se trouva face à face avec un horrible masque qui lui fit tellement peur, qu'elle arriva chez elle pâle et tremblante, sans pouvoir proférer un seul mot. Depuis ce moment la petite eut des attaques d'épilepsie. Je fus consulté ; je fis cesser peu à peu ces attaques, et je finis par la guérir. » (Musset, *Malad. nerv.*, p. 223.)

Les hommes dans la force de l'âge sont plus souvent atteints d'épilepsie que les vieillards. Voici l'âge auquel la maladie a débuté chez 307 épileptiques à la Salpêtrière :

59	de naissance.
60	depuis la naissance jusqu'à 10 ans.
107	de 10 à 20 ans.
33	de 20 à 30 —
21	de 30 à 40 —
19	de 40 à 50 —
5	de 50 à 60 —
3	de 60 à 70 —
307	

2° *Sexe.* — L'épilepsie paraît être plus fréquente chez la femme que chez l'homme. En 1813, Esquirol compte qu'il avait 289 femmes épileptiques à la Salpêtrière, tandis qu'il n'y en avait que 162 à Bicêtre. L'influence de la menstruation sur les accès épileptiques semble expliquer jusqu'à un certain point cette prédominance du sexe féminin. On a, en effet, rapporté plusieurs cas où le dérangement des règles a produit l'épilepsie, tandis que le rétablissement d'une menstruation dérangée a produit la guérison de cette maladie.

Climats. — « L'épilepsie, dit Portal, est plus fréquente dans les *climats chauds*, où les habitants ont beaucoup de vivacité, que dans les climats tempérés. Elle est plus commune dans les villes, choses égales d'ailleurs, que dans les campagnes. non seulement relativement à la population, mais encore selon la température des lieux dont l'air est plus ou moins sain.

» Je crois qu'il y a un moins grand nombre d'épileptiques en France, surtout dans les provinces du nord, qu'en Italie, et qu'en Espagne, où il y en a encore davantage, peut-être, aussi à cause de quelque vice scrofuleux ou syphilitique qui y est dominant. Quelques auteurs ont dit que dans les pays chauds les épilepsies finissaient plus souvent par la manie furieuse que par la stupidité ou l'imbécillité, ce qui était le contraire dans les pays froids. Mais cela est-il bien prouvé? L'intensité de l'épilepsie et ses complications, ainsi que la constitution des malades, ne pourraient-elles pas causer seules la différence de cette terminaison ? » (Portal, *loc. cit.*, p. 121.)

On sait que J. Frank professe une opinion contraire sur l'influence du climat, et qu'il pense que l'épilepsie est plus commune dans les contrées froides.

Hérédité.— L'épilepsie est encore un de ces legs funestes que des parents communiquent à leurs enfants, les femmes surtout : sur un nombre déterminé d'épileptiques, on trouve trente-cinq mères, quatre pères, vingt-six parents qui eurent cette maladie. Zacutus Lusitanus a connu un père épileptique, dont huit fils et trois petits-fils le furent cruellement jusqu'à leur mort. Boerhaave a vu mourir épileptiques tous les enfants d'un père qui l'était. Georget cite un père épileptique qui engendra huit enfants tous épileptiques. Au rapport de Boucher et Casauvieilh, quatorze femmes épileptiques, ayant eu cinquante-huit enfants, trente-deux moururent jeunes et avec des convulsions ; des vingt-six qui survécurent, quatorze n'ont jamais été atteints d'épilepsie ni d'aucune autre maladie nerveuse, sept ont eu diverses affections de ce genre, mais sans convulsions, deux ont été épileptiques, deux

ont eu des convulsions simples, et un fut hystérique. Un grand nombre d'épileptiques naissent encore de mères hystériques, de pères et de mères aliénés ou affectés d'autres névroses. Ainsi, sur 170 épileptiques, on a trouvé :

Pères aliénés.	3
Mères aliénées	17
Parents aliénés. . . .	27
Mères hystériques. . .	23
Mères choréiques. . .	2
Parents n'ayant rien.	98
	170

Causes occasionnelles. — Lorsque la disposition dans le cerveau existe, elle est mise en action par une foule de causes différentes que l'on a distinguées en causes morales et causes physiques.

Causes morales. — La cause la plus ordinaire et la plus puissante de l'épilepsie est une frayeur vive, quelle que soit la manière dont elle est produite : tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. Elle agit avec tant d'énergie qu'elle peut produire immédiatement des accès; cependant le plus souvent il y a d'abord trouble dans l'économie générale, perte de connaissance plus ou moins complète, puis des malaises et enfin des convulsions. Selon Georget, il faut rapporter à la peur les trois quarts des épileptiques; il assure même que la plupart des épilepsies congéniales coïncident avec un mouvement de terreur éprouvé par la mère pendant la grossesse. Tissot la regarde aussi comme la plus fréquente e comme celle qui en renouvelle le plus souvent les accès. Sur quatre-vingts cas d'épilepsie, dont la cause lui fut bien connue, J. Frank affirme que soixante reconnaissaient la frayeur pour cause déterminante. MM. Esquirol et Foville partagent cette opinion.

Deux cent huit épileptiques ont donné les résultats suivants :

Frayeur.	121
Mères ayant éprouvé une émotion vive pendant leur grossesse. .	21
Affections morales	19
Par imitation.	8
Onanisme, coït immodéré. . . .	4
Autres causes	95
	268

Un maçon, âgé de vingt et un ans, fort et robuste, est effrayé pendant un songe; il devient épileptique. Une servante, déliant une courroie nouée de trois nœuds, s'imagine que les nœuds sont l'ouvrage d'une sorcière, elle s'épouvante et a un accès d'épilepsie. Une jeune fille s'amuse à fixer le soleil; après quelques minutes, elle croit voir au milieu une grosse tête noire; elle est saisie d'un premier accès d'épilepsie. Une jeune personne, charmante, parfaitement bien élevée, d'une sensibilité excessive, se maria avec un jeune homme vif et brusque à l'excès; cette jeune dame ayant toujours mené jusque-là une vie douce et tranquille, ne tarda pas à avoir des attaques de nerfs : on lui conseilla de faire lit à part, son mari ne voulut pas y consentir; elle devint enceinte. Un jour celui-ci s'avisa d'acheter des pistolets; il vint à pas de loup derrière sa femme, et, au moment où elle s'y attendait le moins, fit entendre une ou deux détonations à ses oreilles. Les résultats de ces espiègleries furent bien funestes, car elle tomba du haut mal pendant longtemps.

La vue d'un épileptique donne souvent lieu aussitôt à des accès, principalement chez les personnes dont le système nerveux est très impressionnable : c'est ce qu'on appelle frayeur par imitation. A l'hôpital des cholériques, vers la fin de juin 1832, trois jeunes filles s'étaient liées d'une étroite amitié; jamais aucune d'elles n'avait présenté les moindres symptômes d'une névrose quelconque, lorsqu'un jour on en reçut une quatrième qu'elles admirent dans leur intimité. A peine s'était-il écoulé une semaine, que cette fille épileptique eut une attaque du grand mal; l'une d'elles, frappée de terreur par la chute subite de son amie et les convulsions auxquelles elle était en proie, tomba brusquement en des attaques convulsives semblables, et offrit tous les caractères de l'épilepsie. Bientôt après une seconde pousse des cris aigus, appelle sa mère et est prise de convulsions; celle-ci conserva le souvenir des soins qu'on lui avait donnés : c'était un accès d'hystérie. Enfin, la troisième sortait de la salle, lorsqu'elle fut surprise par une attaque d'épilepsie; elle tomba sur le plancher comme frappée de la foudre, et éprouva de très fortes convulsions. De-

puis, cette scène se répéta deux et trois fois par semaine, jusqu'à ce qu'enfin on se fût décidé à les renvoyer dans leurs familles; jamais une des quatre n'eut un accès sans que les trois autres prissent aussi le leur. Au reste, toutes les personnes ne sont pas en état de donner des soins aux épileptiques; souvent des infirmières sont obligées de renoncer à ce service pour éviter les plus grands maux.

C'est à cet instinct d'imitation et à la frayeur qu'on doit rapporter cette sorte d'épidémie épileptique qui a régné dans les écoles de Biclefield, en Allemagne, et qui a été décrite par Mayer.

L'école de Biclefield, suivant cet observateur, est bien aérée, non surchargée de chambres; elle est habitée par les garçons et par les filles à la fois. Une jeune enfant, nommée Arnold, était depuis quelque temps sujette à des attaques épileptiques, et avait des accès répétés aux heures des classes; aussi lui avait-on défendu de revenir aux mêmes heures. Quelque temps après, sa santé ayant paru remise, on la reçut de nouveau; mais le 8 août 1837 les accès reparurent, et la petite malade fut renvoyée chez ses parents. Peu de jours plus tard, une jeune personne de forte santé, qui avait parfois accompagné la jeune Arnold à la maison, fut, à son tour, saisie de convulsions dans l'école. Le 14, deux autres jeunes filles, âgées de douze à quatorze ans, furent attaquées de la même affection; mais cela ne les empêcha pas d'assister à la classe le lendemain. Cependant, à peine leurs devoirs de la journée furent-ils terminés, qu'elles et trois autres jeunes filles furent prises de convulsions épileptiques. Dès ce moment, la contagion se répandit avec une telle rapidité, qu'en moins d'une demi-heure vingt jeunes filles furent attaquées du même mal. D'abord les enfants commençaient par éprouver un sentiment d'anxiété, ensuite elles devenaient pâles, éprouvaient de l'oppression à la poitrine et leur tête s'embarrassait; les membres présentaient des tremblements, puis survenait la perte de connaissance; les pouces se fléchissaient vers les paumes, les yeux se tordaient, et l'enfant jetait un cri instantané. Chez les uns, le paroxysme était de courte durée; chez les autres, il durait plusieurs heures. Dans le nombre, il y eut neuf garçons; aucune des petites filles n'avait eu auparavant d'accès épileptiques, si l'on en excepte Arnold. Chez cette dernière d'ailleurs aucune cause matérielle n'avait pu être reconnue. La plupart approchaient de l'âge de la puberté, et leur tempérament était fort excitable. Quoique l'on défendît aux jeunes personnes malades de retourner à l'école, plusieurs autres en furent atteintes après elles : on présuma que ces nouveaux cas tenaient au retour de quelques jeunes filles avant leur complet rétablissement. La maladie fut traitée, comme purement nerveuse, avec la valériane, l'oxide de zinc, l'indigo, et généralement sans succès; car cinq mois après ce traitement, très peu pouvaient être considérées comme à l'abri de nouvelles attaques.

Dans l'école de Reitberg, le nombre a été moins considérable, mais suffisant pour prouver combien il est facile de communiquer les affections convulsives à des constitutions délicates et excitables. Une jeune personne, âgée de douze ans et demi, avait eu, deux ans auparavant, des attaques épileptiques; vers la fin de mai 1837, elle eut un nouvel accès dans l'école, et bientôt après, quatre de ses compagnes éprouvèrent le même mal. Dans ces cas, on n'a pas observé de symptômes précurseurs : les enfants jetaient un cri et tombaient sans connaissance; des mouvements convulsifs s'ensuivaient, quelquefois alternés avec des spasmes cloniques. Chez quatre d'entre elles seulement, il y a eu écume à la bouche, le pouce n'a pas été contracté; les paroxysmes duraient d'un quart d'heure à une heure, rarement une heure et demie. Les remèdes employés n'ont pas eu une grande influence sur la marche de la maladie.

Après la frayeur vient la colère. Sept hommes ayant voulu franchir les frontières d'Espagne pour porter des dépêches à Don Carlos, furent surpris par des douaniers embusqués, et entrèrent dans une telle fureur à la vue des fers dont on se disposait à les charger, que deux d'entre eux furent pris d'attaques d'épilepsie, sur lesquelles l'ammoniaque et l'éther n'eurent aucune influence. Le plus jeune, âgé de

vingt-quatre ans, d'une forte constitution, eut un accès qui dura trois heures; revenu à lui, il se trouva garrotté, sans qu'il lui fût possible de se rappeler le moindre souvenir de ce qui était arrivé; depuis il eut cinq et six accès par jour, la plus légère contrariété suffisait pour le faire tomber. Le second, qui fut frappé de convulsions semblables, M. le baron D..., est un homme maigre, sur lequel les impressions morales ont toujours eu une grande influence.

Les fortes contentions d'esprit, les veilles prolongées, les chagrins violents, les passions, la jalousie, ont sur les nerfs l'influence la plus funeste; mille observations authentiques ne permettent pas d'en douter. Une demoiselle devint épileptique en recevant les adieux de son père mourant.

Causes physiques. — L'onanisme, les excès vénériens, tiennent encore le premier rang parmi les causes de l'épilepsie. M. *** avait mené une vie joyeuse et abusé de tous les plaisirs de l'amour ; il était déjà épuisé lorsqu'il éprouva de violents chagrins de plus d'une espèce. Ennuyé de la vie et presque au désespoir, il prit le parti de voyager pour s'étourdir; mais toutes les distractions qu'il put se procurer furent inutiles; il tomba du haut mal et y est resté sujet depuis.

Boyer et Georget rejettent les lésions traumatiques comme causes de l'épilepsie; M. Rostan, au contraire, les admet; l'observation suivante prouve évidemment que son opinion est la meilleure. Un jeune homme avait toujours joui d'une santé parfaite, jamais aucun de ses parents n'avait été épileptique, lorsqu'un jour, jouant avec ses camarades, il reçut, vers l'angle inférieur et postérieur du pariétal gauche, un violent coup de bâton, qui le renversa par terre et le priva de connaissance : il survint des éblouissements, des vertiges, et enfin de véritables accès du grand mal.

D'autres causes d'épilepsie sont encore à considérer : des tumeurs sur le trajet d'un nerf, l'inflammation de celui-ci, des vices de conformation et d'organisation, des altérations cérébrales, des dégénérescences de toute espèce; sur huit ou dix idiots, il y a ordinairement un ou deux épileptiques. Dans le service de M. Piorry, à l'Hôtel-Dieu, une personne épileptique, chez laquelle les phénomènes précurseurs, une sorte d'*aura epileptica*, se faisaient sentir au début de l'attaque, à l'avant-bras gauche, vint à mourir d'une maladie inflammatoire. A l'ouverture du corps, en outre des lésions auxquelles succomba le sujet, on trouva le nerf médian, où se faisait sentir l'*aura* pendant la vie, d'un rouge gris et d'un volume plus considérable sur une grande portion de l'avant-bras. Ce professeur dit qu'il était très probable que, dans ce cas, l'inflammation chronique du nerf médian avait été la cause des phénomènes épileptiques.

Les boissons alcooliques et excitantes, une trop grande quantité d'aliments ; la présence des vers dans le tube digestif, des substances vénéneuses, l'insolation, l'odontophye, la suppression d'un ulcère, d'une hémorrhagie ou de toute autre évacuation habituelle, la répercussion d'exanthèmes, etc., certaines odeurs, certains bruits, la vue d'un objet dégoûtant, d'une opération chirurgicale, peuvent affecter péniblement le cerveau et causer l'épilepsie. Wepfer dit que deux enfants qui avaient mangé de la ciguë aquatique furent bientôt après atteints d'épilepsie dont ils moururent. Une jeune demoiselle, accablée de chagrins, ayant voulu mettre fin à ses maux, ramassa du vert-de-gris dans des vases de cuivre, le délaya dans du vin blanc et l'avala. A peine s'était-il écoulé une demi-heure, qu'en proie aux douleurs les plus vives, elle fut prise de convulsions violentes qui firent craindre pour ses jours, et provoquèrent des vomissements abondants ; depuis, elle est restée épileptique, et a succombé quelques années après dans une attaque.

L'air vicié par un grand nombre de personnes réunies, la chaleur excessive, et l'impression que produit sur le système nerveux une cérémonie religieuse, font que l'on voit souvent tomber des épileptiques dans les églises. Une jeune fille avait des attaques aussitôt que l'odeur de l'encens parvenait jusqu'à elle.

La pléthore ou l'excès de nutrition, en troublant les fonctions de l'encéphale, produisent encore l'épilepsie. On a dit aussi qu'une nourrice épileptique pouvait communiquer son mal à l'enfant qu'elle allai-

tait. Il n'est pas probable que ce soit la substance même du lait qui communique l'épilepsie ; mais l'enfant ayant continuellement sous les yeux des convulsions épileptiques, doit contracter cette maladie par imitation. Au reste, il est toujours très imprudent de confier un enfant à une nourrice atteinte de cette affection.

Selon Hippocrate, les attaques d'épilepsie sont plus nombreuses au printemps qu'en toute autre saison ; les faits ont confirmé depuis l'assertion du père de la médecine. Au printemps, les hommes comme les plantes reçoivent un surcroît de vie ; c'est, pour ainsi dire, une nouvelle existence.

Souvent une maladie grave de l'un des principaux organes, de l'estomac, par exemple, suspend momentanément les attaques ; il en est de même de la grossesse. Tissot rapporte le fait suivant. Une femme était sujette à de violents accès d'épilepsie ; pendant qu'elle était enceinte, elle n'en éprouvait que de légers, et aussitôt qu'elle était accouchée, la maladie reparaissait aussi intense qu'auparavant

Une jeune femme de vingt-six ans, d'une faible constitution, ayant les membres grêles et un tempérament nerveux, fut prise, à l'âge de douze ans, à la suite d'une vive frayeur, d'une attaque d'épilepsie, et y est restée sujette ; l'apparition des règles, qui eut lieu à treize ans et demi, n'apporta ni amélioration, ni augmentation de son mal. En 1833, devenue enceinte pour la première fois, elle vit ses attaques disparaître tout à fait ; mais au bout de deux mois de gestation, une chute provoqua des tranchées utérines, une hémorrhagie survint et l'avortement eut lieu. A peine l'accouchement était-il terminé, que les accidents épileptiques reparurent et se répétèrent jusque vers la fin de février 1836, époque à laquelle elle devint de nouveau enceinte. Comme lors de la première grossesse, les attaques disparurent.

Traitement. — Comme il n'y a aucun moyen de suspendre l'accès d'épilepsie, on doit seulement surveiller le malade, éloigner de lui tout ce qui pourrait le blesser et mettre obstacle à la circulation et à la respiration. On place l'épileptique horizontalement sur le sol ou sur un lit, s'il est possible ; on le contient modérément et on lui met entre les mâchoires un cylindre de bois ou un bourrelet de linge afin que la langue ne soit pas déchirée et les dents brisées. Dans les établissements destinés au traitement de cette affection, on a donné aux lits la forme d'une auge, ce qui est fort commode. S'il se présente des signes de congestion cérébrale grave, il ne faut pas hésiter à pratiquer une saignée même pendant l'attaque. Les excitants, les sinapismes doivent être proscrits ; l'éther, l'ammoniaque que l'on fait respirer pour rappeler plus vite la connaissance, sont beaucoup plus nuisibles qu'utiles. Il en est de même de la glace et des applications d'eau froide sur la tête, rien n'est plus dangereux. Plus un corps est froid, plus la sensation qu'il fait éprouver est pénible, plus la réaction qui suit a de force et de violence ; aussi combien d'inflammations augmentées et produites par un procédé aussi incendiaire. Le parti le plus sage est d'attendre, et de laisser dormir paisiblement le malade si après l'accès aucun accident ne se manifeste.

Dans les intervalles des accès, on met à profit ces moments de repos pour combattre la maladie par un traitement rationnel basé sur les causes présumées de l'affection et le tempérament du malade. Ainsi, lorsqu'il y a pléthore bien évidente, on emploie les saignées générales et locales, mais il faut prendre garde d'en abuser, car elles ont quelquefois augmenté les accès. S'il y a embarras gastrique, on administre les vomitifs et les purgatifs. On rétablit un ulcère supprimé ou une dermatose, s'ils ont occasionné l'épilepsie. Dépend-elle de la suppression brusque d'une hémorrhagie habituelle, de la menstruation, on se hâte de rétablir cet écoulement sanguin. Si c'est le vice syphilitique, on se sert des préparations mercurielles. Les vers sont combattus par les anthelmintiques. Si c'est un corps étranger, on en fait l'extirpation. Croit-on à l'ingestion d'une substance vénéneuse, on détermine sa sortie par les vomissements et par les selles. On administre contre ces accidents les médicaments propres à les combattre, et les substances chimiques capables de neutraliser ce qui resterait

encore de poison dans l'estomac et les intestins.

Tous les antispasmodiques ont eu leurs prôneurs. La racine de valériane a été préconisée par les médecins allemands ; celles de pivoine, de gui de chêne, le musc, le castoréum, l'assa-fœtida, le camphre, le galbanum, l'opium, le dictame blanc, les fleurs de cresson des prés, les feuilles d'oranger, l'huile animale de Dippel, l'ellébore, les semences de jusquiame, les extraits de belladone, d'aconit, de stramonium, ont été employés tour à tour sans aucun résultat. Il en a été ainsi des préparations de zinc, de l'oxide de bismuth, de l'essence de térébenthine. On a eu même recours aux substances les plus dégoûtantes et les plus absurdes, telles que la râclure du crâne humain, des vertèbres, du cerveau desséché de l'homme et du corbeau ; on a prescrit des vers de terre avalés à jeun, de la poudre de pied d'élan, de talon de lièvre, de l'arrière-faix d'un premier-né desséché, le sang humain chaud, les osselets de l'ouïe d'un veau, l'épine du dos d'un lézard rongé par les fourmis, le cœur, le foie de la taupe, de la grenouille, etc. On a été jusqu'à proposer l'insertion d'une améthyste à une partie du corps comme un remède infaillible. Les nombreuses préparations d'antimoine, l'ambre gris en poudre et en teinture, le safran, l'armoise, n'ont pas eu plus de succès. Mais de tous les médicaments, celui qui a été le plus préconisé, c'est le nitrate d'argent ; on l'administrait en pilules, depuis un seizième de grain jusqu'à l'énorme quantité de quarante grains par jour. M. Lombard, de Genève, dit en avoir obtenu quelque succès ; cependant M. Andral et M. Rostan ont répété ses expériences sans en avoir jamais retiré le moindre avantage : tous les malades ont éprouvé des accidents dont les moindres ont été des douleurs d'estomac, des gastrites chroniques, des diarrhées rebelles, des vomissements violents. A l'ouverture des cadavres, on a trouvé l'estomac dans l'état le plus affreux ; sa surface interne était comme chagrinée et rongée dans les points qui avaient été en contact avec ce dangereux médicament. Un épileptique qui avait été pendant longtemps soumis à ce traitement auquel il devait une couleur sombre, ardoisée de toute la peau, présentait à l'autopsie, vers le grand cul-de-sac de l'estomac, une ulcération large et profonde que l'on pouvait regarder avec juste raison comme la cause de la mort. Georget parle d'un épileptique qui avait pris du nitrate d'argent pendant dix-huit mois. A l'ouverture du corps on trouva l'estomac dans l'état le plus déplorable : la muqueuse était entièrement détruite dans sa moitié inférieure ; il était perforé dans quatre ou cinq points et réduit à la seule membrane péritonéale dans plusieurs. Quel avantage peut-on obtenir en brûlant et détruisant l'estomac ? Quel but se propose-t-on ? Veut-on cautériser les nerfs supposés malades ? Mais il faudrait alors appliquer le nitrate d'argent sur les nerfs sans aucun intermédiaire ; et si tout le système nerveux est souffrant, comment le cautériser ? Enfin si, au lieu de détruire les nerfs, il faut au contraire leur donner de la force, de l'activité, de la vie, quel résultat peut-on obtenir ? Il faut donc bannir entièrement de la thérapeutique un poison aussi dangereux. Il en est de même des sels de cuivre, des oxides d'arsenic et surtout de l'acide hydro-cyanique. Personne, sans doute, ne sera tenté de faire de nouvelles expériences après les accidents qui ont eu lieu à Bicêtre par ce dernier médicament.

On avait attribué à l'acide carbonique la propriété d'abattre les forces musculaires, on crut qu'il serait utile contre l'épilepsie ; on le donna en dissolution dans l'eau, les effets furent nuls ; on ne fut pas plus heureux en faisant inspirer un mélange de gaz oxygène et d'air atmosphérique.

Les médecins prussiens, il y a quelques années, ont vanté l'indigo ; mais des praticiens distingués ont essayé ce traitement en France ; la dose a été portée jusqu'à un gros par jour sans que l'on ait pu obtenir un seul cas de guérison. Enfin, découragés de n'obtenir aucun succès, des médecins, J. Frank, Tissot et autres, conseillèrent, en désespoir de cause, l'amputation des doigts, des orteils, etc., d'où partait cette vapeur nommée *aura epileptica* ; mais ce fut encore sans succès, et il en devait être ainsi. La mutilation

d'une extrémité ne pouvait pas détruire une affection nerveuse qui a des ramifications à l'infini dans tout le corps : il y a d'anciens militaires amputés qui souffrent du bras et de la jambe qu'ils n'ont plus depuis longtemps. Aussi cette méthode barbare a été complétement abandonnée, ainsi que la cautérisation, la ligature d'un nerf ou d'un membre; on peut en dire autant des vésicatoires, sétons, moxas, ventouses.

On a vu quelquefois des blessures, des plaies accidentelles éloigner les accès. Un épileptique ayant eu une brûlure à la cuisse, il se forma une large plaie qui suppura pendant longtemps; mais lorsque la cicatrisation fut opérée, l'épilepsie reparut. Le prince de ***, épileptique depuis sa première jeunesse, fut pris à cinquante-sept ans d'un accès qui le renversa dans le feu. L'ustion, après avoir brûlé le cuir chevelu, pénétra jusqu'à la table externe des pariétaux. Il s'établit une suppuration abondante. La plaie fut entretenue par une portion d'os nécrosée. Un chirurgien enleva le fragment osseux, et la cicatrisation fut parfaite après quarante-deux jours. Pendant tout ce temps, le malade n'eut point d'accès; mais aussitôt après la guérison, les accès reparurent.

Dans quelques cas où l'épilepsie avait été produite par des coups, des chutes sur le crâne, et où l'on avait employé le trépan, les accès furent suspendus tant que la plaie fut ouverte, et reparurent après la cicatrisation. Aussi cette opération, qui peut entraîner des accidents graves, doit être très rarement employée; il est plus sage et plus prudent de suivre le conseil du célèbre Boyer et de s'en abstenir. A quoi peuvent tenir ces anomalies? C'est assez difficile à expliquer. Peut-être chez ces individus il y a pléthore, surabondance d'humeurs; alors les évacuants, un cautère, un séton, leur seraient favorables.

M. Aubanel a fait connaître récemment deux cas d'épilepsie ayant duré pendant plusieurs années sans amélioration, et qui ont guéri à la suite d'une brûlure et de l'amputation d'un membre. Ce fut pendant un accès que les deux malades tombèrent dans le feu, et qu'une brûlure eut lieu dans un des membres supérieurs. L'amputation fut pratiquée au bout de huit jours chez le premier malade; elle ne fut pratiquée que longtemps après chez l'autre, et à la suite d'un coup qui, ayant rompu la cicatrice, amena l'engorgement des tissus Chez cette malade, les accès, qui n'étaient que des accès d'hystérie depuis la brulûre, se dissipèrent complétement après l'amputation. Chez le premier malade, il n'y eut qu'un seul accès fort léger immédiatement après l'opération. Depuis dix-huit mois, il n'en est pas revenu un seul chez cet homme, et la femme n'en a pas ressenti depuis quatorze ans.

D'un autre côté, des brûlures, des cautérisations à la tête n'ont produit aucun résultat, ont augmenté les accidents, ont occasionné des inflammations mortelles. M. Pariset soumit vingt épileptiques de Bicêtre à des expérimentations. Des moxas, quelquefois au nombre de deux et même de trois, furent brûlés sur la partie la plus élevée de la tête; l'ustion pénétra jusqu'à la table externe des os, les plaies furent entretenues avec le plus grand soin par M. Esquirol, qui lui succéda dans son service lorsqu'il fut envoyé à Cadix en 1821. M. Esquirol ne put constater aucune guérison. On amena à la Salpêtrière une jeune épileptique dont les accès commençaient par le gros orteil; sur la foi des auteurs, M. Esquirol crut la guérison certaine: l'orteil fut cautérisé jusqu'à l'os. Les accès ne furent plus annoncés par la douleur de l'orteil, il n'y eut plus d'*aura epileptica;* mais les accès furent plus violents et plus fréquents. Aussi nous paraît-il plus rationnel de s'abstenir des amputations, des cautérisations, des brûlures, des bains de surprise qui ont causé souvent les accidents les plus funestes.

Boerhaave dit qu'il guérit des petites filles devenues épileptiques par imitation, en les menaçant de les jeter dans un grand brasier qu'il avait fait allumer; depuis on n'a rien vu de semblable, et il est bon de ne pas faire abus de ce moyen qui pourrait aggraver l'épilepsie, puisqu'il l'occasionne le plus souvent. M. Foville parle d'une mère qui, voulant débarrasser son enfant d'un hoquet, produisit brusquement du bruit derrière lui; l'enfant, effrayé, eut aussitôt une attaque d'épilepsie, et est resté depuis sujet à cette affection.

On a conseillé les préparations de quinquina lorsque les accès sont intermittents, ce qui est très rare; elles n'ont amené aucun résultat. On a même proposé de ramener les accès à cette périodicité, mais c'est fort difficile. Il faut bien l'avouer, jusqu'à ce jour l'épilepsie est restée incurable; tous les efforts des médecins sont venus échouer contre cette cruelle maladie, et la plus grande preuve, c'est le nombre infini de personnes qui en sont atteintes et qui encombrent les hôpitaux. Aussi, beaucoup de praticiens ne conseillent plus que des moyens hygiéniques, le changement de climat, les voyages et autres banalités. Georget pense que si les bains tièdes, les saignées locales et l'application soutenue et réitérée de l'eau glacée et de la glace pilée sur la tête ne réussissent pas, il n'y a rien à espérer de tous les autres moyens.

ARTICLE IV.

De la catalepsie.

Georget définit la catalepsie une affection intermittente le plus souvent apyrétique du cerveau, qui se compose d'attaques ordinairement caractérisées par la suspension plus ou moins complète de l'entendement, et par une roideur comme tétanique générale ou partielle du système musculaire, avec cette particularité que les membres conservent, pendant tout le temps de l'attaque, la position qu'ils avaient au commencement, ou celle qu'on parvient à leur faire prendre pendant le cours de l'attaque, quelque gênante d'ailleurs que soit cette position.

Cette définition, presque entièrement empruntée à Tissot (*Traité de la catalepsie*), qui le premier en avait donné une à peu près irréprochable, est aujourd'hui généralement adoptée.

Les auteurs récents n'ont pas recherché quelle pouvait être la fréquence de la catalepsie; il y a cependant d'énormes dissentiments sur ce point entre les médecins qui nous ont précédés. Ainsi, Tissot, rapportant l'assertion de Sennert qui dit, que sur cent médecins il n'y en a pas un qui ait vu une véritable catalepsie, ajoute que Sennert aurait dû dire *mille*. Il est vrai que Tissot entend parler de tous les symptômes réunis de la catalepsie, et non de simples phénomènes cataleptiques, lesquels sont, au contraire, assez fréquents. Tout en pensant que l'opinion de Tissot est exagérée, il est certain cependant que la catalepsie est une maladie réellement très rare, si l'on exige pour l'admettre qu'il ne manque aucun des symptômes qui la constituent.

Anatomie pathologique. — Y a-t-il une anatomie pathologique de la catalepsie, ou bien cette affection est-elle une névrose dans toute l'acception du mot? Voici d'abord ce que répondent Georget et M. Calmeil à cette question :

« Les recherches cadavériques ont appris peu de chose sur la nature de l'affection cérébrale qui détermine les phénomènes cataleptiques. Cette affection étant rarement mortelle par elle-même, surtout dans un court espace de temps, l'on n'a pas eu d'occasions assez fréquentes de faire de pareilles recherches; et dans ces cas même, les lésions des organes sympathiquement affectés ont plus particulièrement fixé l'attention de l'observateur. Une autre raison du défaut de l'organisation de ce viscère, trop peu connue encore dans ses détails, l'était bien moins de ceux qui nous ont laissé le fruit de leurs recherches sur le sujet qui nous occupe. Quelques auteurs ont néanmoins trouvé plusieurs lésions de cet organe à la suite de la catalepsie. Une femme dont nous avons autrefois pris l'observation dans le service de M. Rostan présenta des symptômes de catalepsie. Son cerveau n'offrit aucun dérangement appréciable. Une femme maniaque cataleptique mourut il y a quelques années dans les infirmeries de Charenton. La pie-mère fut trouvée épaisse et injectée; la substance grise superficielle était peu consistante et rosée; la substance blanche présentait des bouches vasculaires nombreuses et remplies de sang; enfin, le septum médian était mou : lésions très répandues dans la folie avec paralysie générale. Sur un second aliéné, aussi cataleptique, nous avons trouvé la substance corticale violacée, et la substance blanche fort injectée.

» La nature organique de la catalepsie ne nous est donc pas suffisamment connue; nous ne connaissons bien ici que les désordres fonctionnels du cerveau, et non

des désordres d'organisation. Cullen rapporte cette maladie au genre apoplexie; Sauvages la range dans la classe des débilités, ordre des affections comateuses; Pinel en fait une névrose cérébrale comateuse; Petetin considère la catalepsie comme une irritation du cerveau avec engorgement habituel des vaisseaux de cet organe, ce qui le dispose aux mouvements convulsifs ou cataleptiques, qui résultent, suivant ce médecin, de la compression de l'origine des nerfs. Cette dernière opinion, si elle n'est pas fondée, est la plus satisfaisante; elle indique au moins quelque chose de positif, et ne laisse point l'esprit dans le vague. » (Calmeil et Georget, *Dict. de Méd.* en 30 vol., t. VI, p. 485.)

De ces faits les mêmes auteurs tirent les conclusions suivantes :

« D'après le raisonnement, en théorie, il faut admettre que les accidents qui constituent la catalepsie partent de l'encéphale, et qu'ils se rattachent à une triple lésion de la sensibilité, de l'intelligence et des mouvements. Dans les cas de catalepsie intermittente, le désordre du cerveau doit disparaître ou revenir comme les accès. Le plus ordinairement il doit affecter les deux hémisphères, mais il doit siéger dans un seul côté de la tête lorsque les symptômes musculaires sont bornés à une moitié du corps. Quelques auteurs ont pensé que la catalepsie et l'hystérie ne différaient que par la forme, le mode d'expression extérieure, et qu'elles se ressemblaient par leur nature. Ce langage n'est pas exact. Il est évident qu'une liaison apparente qui existe entre deux affections maladives n'établit aucunement leur identité; et si la catalepsie et l'hystérie se ressemblaient par leur cause organique, elles ne se manifesteraient point au dehors par des signes aussi dissemblables. Ainsi, désormais l'on ne peut se refuser à admettre, pour expliquer l'épilepsie, la catalepsie, l'extase, etc., une lésion spéciale pour chacune de ces maladies. Nous prévenons, du reste, qu'on rapporte souvent à la catalepsie une foule d'accidents nerveux qui n'appartiennent aucunement à cette affection. » (Calmeil et Georget, *loc. cit.*, p. 484.)

Symptômes. — La plupart des écrivains ont considéré dans la catalepsie des symptômes précurseurs et des symptômes proprement dits; cependant tous n'ont pas admis cette division. Hoffmann et Boerhaave, entre autres, prétendent que la catalepsie se déclare sans phénomènes prodromiques. Il est certain que, dans quelques cas au moins, ces phénomènes existent, et pour cette raison nous devons les mentionner.

Symptômes précurseurs. — Ces symptômes portent sur plusieurs ordres de fonctions, parmi lesquelles on compte les fonctions cérébrales.

L'intelligence semble frappée d'un engourdissement qui n'est, on le dirait, que le prélude de la suspension complète de ses fonctions qui aura lieu dans l'accès. Les malades accusent souvent un grand anéantissement d'esprit; quelques uns ont des rêves pénibles et un sommeil agité. Une fille observée par Laënnec présenta une loquacité excessive, et en quelque sorte délirante. Aux sensations se rapporte l'action des sens, qui deviennnent obtus et paresseux, ainsi que les perceptions, telles que des pesanteurs au front, de l'embarras dans la tête, etc. La céphalalgie que l'on observe alors n'a pas de lieu d'élection; signalée à la région frontale ou temporale, elle fut observée chez un prêtre, par Forestus, à la partie postérieure de la tête. Hildeschemius se rappelait qu'un homme de naissance illustre, hypochondriaque depuis plusieurs années, tomba en catalepsie, après avoir éprouvé un mal très incommode à la partie postérieure de la tête. Certains malades, qui paraissaient livrés entièrement à leurs occupations ordinaires, ont cependant perdu tout à fait la mémoire de ce qu'ils faisaient ou disaient au moment où l'accès les a pris. Il est évident que leurs actes, tout raisonnables qu'ils paraissent, avaient lieu sans conscience et sans l'intervention de la volonté, car il leur est impossible de se rappeler ce qu'ils faisaient avant l'accès.

« Obs. 1. M. C..., d'un tempérament bilieux, mélancolique, ayant les cartes à la main pour jouer, ou le fusil prêt à tirer à la chasse, est souvent resté immobile, dans la même posture où l'accident de la catalepsie le surprenait. Il avait les yeux ouverts et ne voyait rien, il ne sentait rien;

et quand l'accident finissait, dans l'espace de quelques *pater*, plus ou moins, il ne lui restait aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant l'attaque, ni même en quoi était la triomphe des cartes ou sur quel gibier il avait voulu décharger son fusil. » (Planque, *Bibliothèque de médecine*, t. III, p. 286.)

Les mouvements peuvent présenter plusieurs altérations. On a vu des malades éprouver des secousses convulsives, comme il arrive surtout lorsqu'il y a complication d'hystérie. Quelques uns éprouvent une tension douloureuse de certains muscles, c'est-à-dire de véritables crampes, d'autres un resserrement spasmodique qui porte principalement sur les paupières.

La respiration est quelquefois un peu ralentie et suspirieuse. Le malade semble éprouver une gêne dans le thorax qui lui fait faire de profondes inspirations. La circulation peut rester intacte, ou bien être vivement agitée ; ainsi, on observe quelquefois des palpitations très prononcées ; le pouls est agité et les téguments se colorent. Ou bien, le cœur bat avec vitesse, la peau pâlit, le visage perd sa coloration normale, et le malade est pris d'une syncope.

Les autres fonctions n'éprouvent pas de dérangements marqués ; le plus souvent même la respiration et la circulation restent intactes.

La catalepsie peut se compliquer de diverses affections, et particulièrement d'hystérie. Les symptômes que l'on observe alors appartiennent plus à l'affection ajoutée qu'à la catalepsie ; ils constituent la première face de l'affection, c'est-à-dire ses premiers signes caractéristiques. Ce sont de l'oppression, des tiraillements d'estomac, des crampes d'intestin, le sentiment d'une constriction douloureuse à la gorge, un tournoiement indéfinissable dans l'abdomen occasionnant, dans certains cas, la sensation d'un globe qui remonte peu à peu pour se fixer à la gorge ; quelquefois, une sensation de vapeur légère et subtile, s'élevant de l'estomac le long du thorax jusqu'au col.

Les symptômes précurseurs de l'accès présentent des variétés d'intensité, de durée, de force, etc., relatives à la constitution, au tempérament, à l'état moral, au sexe, à l'âge, au climat, à la température, à la force physique, etc., et dépendantes, en outre, d'une foule de nuances dans l'action de ces causes elles-mêmes. Cette remarque est importante, et s'applique aux symptômes de l'accès proprement dit.

Symptômes de l'accès. — Dans les cas de catalepsie que Tissot appelle complète, c'est-à-dire dans laquelle les phénomènes ont acquis le plus haut degré d'intensité, toutes les fonctions animales sont suspendues : intelligence, sentiments moraux, impressions sensoriales, contractilité volontaire, rien de tout cela n'existe ; mais, chose singulière, les muscles de la vie animale ne perdent cependant pas leur faculté de contraction ; seulement cette contraction cesse d'être sous la dépendance de la volonté. C'est en quelque sorte une faculté physique qui ne reçoit d'impulsion que de la part des agents mécaniques, et qui, une fois l'impulsion reçue et épuisée, conserve l'état dans lequel cette impulsion l'a placée. Il est très extraordinaire de voir un membre supérieur, qu'on place verticalement par exemple, conserver cette position, qui serait non seulement gênante, mais même promptement impossible pour une personne qui aurait conservé l'exercice de sa volonté. Aussi ce phénomène remarquable est-il celui qui a fait donner le nom à la maladie.

Pendant cet anéantissement des fonctions animales, les fonctions organiques conservent presque toute leur intégrité : le pouls est normal, ou à peu près ; la chaleur n'éprouve pas de modifications ; la respiration n'est nullement gênée, et les phénomènes gastro-intestinaux ne paraissent pas eux-mêmes être altérés.

Tel est l'accès cataleptique à son plus haut degré d'intensité, et considéré dans son ensemble ; mais il ne sera pas inutile de l'étudier dans ses détails et dans des formes moins caractérisées.

Ainsi, on rencontre des cas dans lesquels les symptômes cérébraux existent encore, mais moins prononcés. Cette modification a été considérée, à tort, comme résultat d'une opération mentale semblable ou analogue à celle qui a lieu dans les rêves ou le somnambulisme. Dans les songes, les opérations intellectuelles ont lieu à l'aide de facultés isolément actives,

et qui sont, en quelque sorte, seules éveillées. Le rêveur opère mentalement aussi bien qu'à l'état de veille ; il y a confusion de dates, de personnes, de lieux, etc., peu importe ; au milieu de ce désordre, on surprend l'esprit opérant, avec un certain nombre de ses facultés, aussi complétement et avec autant d'énergie que si l'appareil cérébral tout entier agissait. Un ou plusieurs appareils de facultés entrent en action, et comme d'autres facultés ne leur répondent pas en vertu des lois synergiques, il y a discordance, absence d'ordre et d'harmonie. Voilà pour celui qui rêve. Dans le sommeil cataleptique, les facultés cérébrales sont voilées, leur nature ne se montre qu'à demi. Le plus souvent, elles sont suspendues ; dans les exceptions qui nous occupent actuellement, leur puissance est diminuée ; l'entendement affaibli peut bien recevoir les impressions, les apprécier dans le silence et l'intimité cérébrale, les sens peuvent bien lui transmettre les modifications extérieures qui les atteignent, mais il reste provisoirement sans réaction.

En résumé, la règle générale est l'abolition complète des facultés intellectuelles ; leur suspension incomplète est l'apoplexie.

Les fonctions cérébrales sensitives présentent aussi des troubles. Tant que dure l'accès de catalepsie, l'usage des cinq sens est aboli ou mieux suspendu. Ils deviennent insensibles à leurs excitants naturels : l'œil ne peut plus apprécier les couleurs, l'oreille les sons, le nez les odeurs, la bouche les saveurs, et le tégument les formes. Non seulement l'action physiologique spéciale se trouve anéantie, ils ont même perdu la sensibilité organique générale. Une lumière approchée de l'œil de manière à brûler les sourcils et les cils ne peut faire l'impression la plus légère. Des corps étrangers mis en contact avec la conjonctive, de manière à provoquer une irritation mécanique assez forte, ne font pas sourciller le malade. Des pressions à l'aide de stylets, des sternutatoires énergiques, tels que le tabac d'Espagne, ne semblent pas faire impression sur la muqueuse nasale. La peau, soumise à toutes les épreuves possibles, pincée, brûlée, tordue, piquée, etc., n'a donné aucun signe de sensibilité. Ces phénomènes très remarquables dépendent de l'altération fonctionnelle des centres nerveux. Peu d'affections en présentent d'analogues ; on ne les trouve presque jamais dans cette multitude d'affections dont l'ensemble constitue la folie ; et lorsque par hasard on les rencontre chez quelques maniaques ou stupides, ils sont constamment isolés, c'est-à-dire qu'un petit nombre d'entre eux se montrent à la fois. La lésion de la sensibilité est ici ordinairement portée au degré le plus élevé.

Toutefois, à côté des faits ordinaires se trouvent quelques exceptions. Les sens peuvent, dans certains cas, rester impressionnables : 1° à leurs excitants propres ; 2° aux excitants extérieurs. Le fait suivant le démontre.

« Obs. 2. P. M..., fusilier à la 39e demi-brigade d'infanterie de ligne, âgé de vingt-sept ans, d'une constitution robuste, fut frappé de catalepsie dans le courant de pluviôse an IX. L'accès le prit au moment où il était en faction à un des postes de la petite ville de Strawbing, dans laquelle il y avait une ambulance de division. Ce ne fut qu'au moment où on alla le relever, que l'on s'aperçut de l'état de ce soldat. Un caporal et le fusilier qui le remplaçait le trouvèrent roide, immobile et insensible. Il fut transporté tout de suite à l'hôpital où l'on observa que le malade avait les yeux ouverts et fixes ; que des irritations dirigées sur la paupière ne leur procuraient aucun mouvement ; que la respiration et le pouls étaient à peine sensibles ; que le malade était immobile, mais que les membres gardèrent tout le temps du paroxysme la position qu'on leur donnait. On fit respirer de l'alcali volatil ; on irrita la membrane pituitaire avec la barbe d'une plume. Ces moyens ne produisirent d'effet sensible qu'un quart d'heure après la continuation de leur application. Le malade se mit sur son séant précipitamment, et s'écria avec vivacité : *Ah! bonjour mes camarades!* Après avoir prononcé ces paroles, M... retomba en catalepsie, conserva la même immobilité et la même insensibilité que la première fois. Une demi-heure après, il revint à la santé par des soupirs et des bâillements. On n'a pu savoir ce qui avait occasionné cette maladie, parce que M... ne s'est rappelé aucune des circonstances qui avaient précédé le paroxysme. » (Henri Joseph, *Thèse de Paris*, 6 thermidor an XI.)

Il est évident que, dans ce cas, l'impressionnabilité subsistait.

A la classe des mouvements appartiennent les phénomènes les plus extraordinaires et les plus caractéristiques de l'affection. Ils appartiennent uniquement à la catalepsie, dont ils forment le signe pathognomonique par excellence.

Tous les muscles de la vie animale conservent, tant que dure l'accès, le degré de contraction qu'ils présentaient au moment où l'accès a commencé. Cette contraction est permanente; si l'on essaie des tractions sur le muscle, il subit, comme une cire molle, les divers changements de position qu'on lui imprime. L'organe ne reste pas inactif, comme le fait observer le savant commentateur de Boerhaave, il peut au contraire surmonter certaines forces. Qu'on lève le bras d'un cataleptique, assez pour former avec le corps un angle droit, on verra ce bras rester dans la même position autant qu'on voudra. Il est bien entendu que la volonté de l'expérimentateur ne doit pas passer les limites du temps de l'accès. Si les muscles étaient inactifs, le membre de notre malade retomberait vers le tronc comme un corps inerte; le tronc lui-même fléchirait jusqu'à terre, parce que les muscles de la jambe, des gouttières vertébrales, etc., ne pourraient le tenir dans la rectitude; en un mot, tous les organes maintenus dans une position quelconque par une contraction vitale musculaire retomberaient en vertu des lois de l'attraction, jusqu'à ce qu'ils puissent trouver un point d'appui, tel que le sol, pour leur assurer un équilibre stable. Cette contraction ne s'observe que dans les muscles de la vie de relation. La position anatomique de ces muscles, leur forme, leur action, etc., importent peu; partout où ils se trouvent la maladie va les saisir et les soumettre à sa loi. C'est à cet ordre de phénomènes que l'on doit rapporter les signes que nous offrent les yeux. Dans le plus grand nombre des malades ils sont fixes, dirigés en avant; chez d'autres, ils sont tournés en haut, rarement dans d'autres directions. Quelle est la cause qui imprime à ces organes une direction presque toujours constante? On l'ignore complétement.

La contraction des muscles du cataleptique se fait comme à l'état physiologique. A mesure que l'on opère le déplacement d'un organe, on voit tous les muscles qui devraient exécuter ce mouvement sous l'empire de la volonté entrer en action: ils se tendent, durcissent, se gonflent, et leurs extrémités se rapprochent. L'observation la plus délicate ne fait rien découvrir au delà des phénomènes ordinaires.

On peut établir que la contraction musculaire cataleptique atteint les muscles de la vie animale; qu'elle a lieu d'une manière permanente jusqu'à la fin de l'accès; qu'elle est soumise à toutes les règles physiologiques ordinaires, excepté toutefois l'empire de la volonté.

De même que nous avons vu les symptômes cérébraux, intellectuels et sensitifs doués d'une intensité variable, de même aussi le jeu du système musculaire, qui dérive de l'action cérébrale, présente des degrés d'intensité différente. Quelques malades, en effet, semblent se prêter aux mouvements que l'on imprime à leurs membres ou à leur tronc: si l'on soulève leur bras, il semble « léger comme une plume. » Un autre, placé debout, faisait quelques pas lorsqu'on le poussait en avant. La disposition inverse se remarque également. Les muscles sont pris d'une roideur tétanique, et offrent une résistance quelquefois considérable. Cette rigidité peut se rencontrer dans tous les muscles d'un même individu ou seulement dans quelques uns de ces organes. Ainsi on l'a vue isolément dans les muscles du bras, dans ceux de la jambe, etc. On raconte l'histoire de quelques malades qui se tenaient debout comme des statues, et que l'on pouvait faire cheminer à la manière des corps inertes. On penchait le tronc sur la jambe gauche pour lui faire supporter le centre de gravité, et, faisant tourner le malade sur cette jambe comme sur un pivot, on portait sa jambe droite en avant; puis, le posant sur la jambe droite, on reportait la jambe gauche en avant par un nouveau mouvement de rotation, et ainsi de suite. On a prétendu que la facilité des mouvements dans certains cas, que leur difficulté dans d'autres, tenaient à la même cause. Cette assertion paraît singulière: on l'explique en disant que l'état tétanique incomplet peut régner

sur tous les muscles d'un membre ou seulement sur un ordre des muscles, par exemple sur les fléchisseurs du bras; et l'on pense alors que les mouvements de flexion sont rendus d'autant plus faciles que leurs antagonistes, c'est-à-dire les extenseurs restent dans l'inaction. Cette opinion, vraie en apparence, est pourtant fausse. Si la rigidité n'existe que dans les fléchisseurs, pour suivre l'exemple pris plus haut, les mouvements de flexion seront faciles, et c'est ce qui a lieu. Mais lorsqu'on voudra déterminer des mouvements d'extension, on aura à vaincre cette prétendue rigidité tétanique des fléchisseurs, et c'est précisément ce qui n'a pas lieu. On peut, avec une égale facilité, lever le bras ou l'abaisser, le fléchir ou l'étendre, le placer en supination ou en pronation. Ces phénomènes de déplacement s'opérant à l'aide de forces extérieures variables, sont-elles liées à la lésion du cerveau? On n'en peut guère douter, quoiqu'il soit impossible de le démontrer anatomiquement; car personne n'ignore que les phénomènes de locomotion de l'homme sont sous la dépendance du centre nerveux.

Le degré suivant lequel chaque ordre de fonctions cérébrales est affecté varie beaucoup. Dans certains cas, les facultés mentales, quoique faibles et obscures, existent cependant, et les symptômes musculaires se présentent dans toute leur intensité. Dans d'autres cas, les symptômes cérébraux sont complets, tandis que les phénomènes musculaires sont moins apparents. Gorcy avait observé trois cataleptiques. Les membres de l'un d'eux, placés dans diverses positions, retombaient peu à peu et lentement jusqu'à ce qu'ils eussent trouvé un point d'appui. La rigidité musculaire cataleptique était trop faible pour soutenir le membre immobile. La puissance morbifique semble verser spécialement son énergie tantôt sur les centres nerveux et les fonctions cérébrales, tantôt sur les organes en relation immédiate avec le monde extérieur. Tout en admettant que ces phénomènes sont dus à une altération cérébrale, il faut reconnaître cependant que la modification pathologique qui entraîne la prédominance de tel ou tel symptôme, que la cause de la prédilection de siége de cette affection sur telle ou telle fonction, nous échappent entièrement.

Dans les cas légers, récents ou de courte durée, les fonctions nerveuses sont seules troublées dans la catalepsie. Mais quand cette maladie dure longtemps, quand elle se présente avec un haut degré de gravité, les fonctions organiques ne tardent pas à souffrir plus ou moins.

Cette obscure fonction de la calorification, qui semble tenir le milieu entre les fonctions nerveuses et les fonctions organiques, et participer des unes et des autres, peut être altérée. Mais, chose singulière, tandis qu'elle est exaltée dans beaucoup de maladies, elle n'éprouve jamais que de l'affaiblissement dans la catalepsie. Son altération n'existe presque jamais que sur des parties circonscrites, et en particulier sur les extrémités inférieures. Georget croit qu'elle peut être générale. On la rencontre dans un petit nombre de cas. Cette variation de température n'appartient pas uniquement à la catalepsie; elle se montre dans la plupart des névroses et surtout dans l'hystérie. La faible valeur diagnostique de ce signe dans la catalepsie, sa rareté, le placent dans un ordre très secondaire.

La digestion n'est pas le plus souvent affectée; ce n'est que dans les cas où les accès se répètent très fréquemment et troublent les repas que, secondairement, l'estomac et l'intestin peuvent offrir quelques troubles

Il n'en est pas tout à fait de même de la circulation; celle-ci s'altère assez souvent. Les phénomènes qu'elle présente peuvent être considérés dans la circulation générale ou dans la circulation capillaire.

Quelques auteurs ont prétendu que la circulation générale était constamment troublée, dans la catalepsie: c'est là une opinion évidemment exagérée; mais ceux qui ont soutenu une opinion tout à fait opposée n'ont pas moins exagéré en sens contraire. Parmi un grand nombre de faits qui le prouvent, il suffira du suivant :

« Obs. 3. Une fille, âgée de neuf ans, d'une forte constitution, et sujette aux affections vermineuses, tombe tout à coup, et après avoir été forcée à mener une vie très tranquille, dans un état d'immobilité complète : absence du sentiment, du mou-

vement, suspension des facultés intellectuelles; les yeux fixes et ouverts, suspension totale de la vue et de l'ouïe; état de roideur des membres qui conservent la position qu'on leur donne; respiration peu sensible; pouls si petit et si faible, qu'on en sent à peine les battements. Cet état se continue pendant trois quarts d'heure. » (Pinel, *Nosographie philosophique*, t. III, p. 70.)

Les faits analogues au précédent ont conduit à formuler le principe d'un ralentissement ou d'un affaiblissement constant de circulation. Quelques auteurs attachèrent une telle importance à ce phénomène, qu'ils l'admirent dans leur définition. (*V.* Schilling, Mangoldt, Pinel, etc.) C'était une faute, car beaucoup de malades ont leur pouls calme et à l'état normal, et nulle modification ne vient entraver la régularité habituelle de cette fonction.

Les cas dans lesquels la circulation a éprouvé une altération en sens contraire sont excessivement rares. En voici cependant un exemple dans lequel, d'ailleurs, il faut le remarquer, la catalepsie n'était pas simple.

« Obs. 4. Une fille de treize ans, nommée Gourdin, perdit tout à coup la parole et l'usage de tous ses sens, en présence de sa mère; mais le mal fut court et l'accès était passé quand M. de la Tour arriva; il la trouva interdite, le visage enflammé, la vue égarée, le pouls plein, et se plaignant d'un engourdissement général; il ordonna les remèdes qu'il crut convenables, et l'enfant paraissait bien, quand, au bout de quatre jours, il survint un nouvel accès qui la saisit debout, au même instant qu'elle était occupée à prendre un sac suspendu à un mur, dont l'élévation la mettait dans la nécessité d'étendre le bras droit et de lever le pied gauche, en sorte qu'elle demeura dans cette attitude sans connaissance, sans parole, sans sentiment, sans mouvement, et dans un parfait équilibre. L'accès fut assez long pour que M. de la Tour pût en être témoin, et il était assez frappant pour que beaucoup d'assistants le crussent l'effet d'un sort, mais l'effet d'un sel volatil urineux que l'on fit sentir à la malade, et qui la fit revenir, dissipa l'illusion; on recommença les remèdes, qui n'empêchèrent point que, pendant deux mois la malade n'eût plus de soixante accès, plus ou moins longs et violents, dans lesquels la respiration était laborieuse, et c'est une circonstance particulière de cette maladie : les membres avaient assez de roideur pour donner quelque difficulté à les fléchir et à les mettre dans l'attitude qu'on voulait leur donner, mais ils la gardaient constamment jusqu'à la fin du paroxysme; ce qui ne laissait aucune équivoque, et caractérisait parfaitement la catalepsie. Elle eut quelques retours d'accès pendant deux ans, et la maladie ne fut parfaitement terminée que par l'irruption des règles; ensuite elle se maria, et eut des enfants, sans éprouver aucune altération dans sa santé. » (De la Tour, médecin à Beaufort, *Journal de médecine*, t. VI, p. 40, juillet 1756.)

Les troubles de la circulation capillaire ont surtout lieu vers le visage qui offre une injection ordinairement rosée et quelquefois rouge. Cependant ce phénomène manque beaucoup plus souvent dans la catalepsie que dans l'épilepsie, et il est rarement aussi prononcé. Quelquefois on observe de la pâleur au lieu d'une injection vasculaire, mais cette particularité est rare. L'influence de la catalepsie sur les poumons est à peu près la même que sur le cœur : elle développe plutôt une atonie fonctionnelle que de l'exaltation. Comme pour le cœur, cette influence est souvent nulle et la respiration reste aussi calme que dans le sommeil le plus profond. La respiration semble peut-être moins impressionnable que le cœur, et c'est là seulement que gît la différence d'action morbide.

Les fonctions sécrétoires ne présentent pas la moindre altération. Il y a de rares exceptions.

Les fonctions de la reproduction, comme les fonctions de sécrétion, restent à l'état normal; mais quand les accès sont très fréquents, ils empêchent l'instinct amoureux de se développer. Car si cet instinct est inné dans l'homme, sa mise en œuvre tient à des influences extérieures que tout le monde comprend et qu'il serait inutile d'énumérer ici.

Symptômes après l'accès. — De même que nous avons vu l'accès commencer brusquement, de même quelquefois il cesse tout à coup. Mais il est loin d'en être tou-

jours ainsi. On conçoit que l'organisme, après un effort morbide aussi violent, peut difficilement être rendu à la santé d'une manière subite; les accidents qu'il éprouve à cette époque forment une transition entre l'état de maladie et la disposition normale de l'individu. Les malades se plaignent tantôt d'une certaine exaltation de chaleur à la tête, le plus souvent d'un abattement extrême. Ils sont tristes, moroses: éprouvent de la céphalalgie, de la fatigue, de la courbature dans les membres. Ils tombent dans un grand anéantissement moral; leur visage exprime l'étonnement. Les fonctions organiques sont très rarement altérées : on a cependant cité des malades qui avaient presque complétement perdu l'appétit; ce symptôme, du reste, ne durait que quelques heures après l'accès.

Marche, durée, terminaison. — La catalepsie est une maladie essentiellement intermittente. Sarlandière a, dit-on, observé la seule exception à cette règle, mais nous ne sachions pas qu'il ait publié son observation; il s'agissait d'une catalepsie qui aurait duré six mois sans interruption.

L'intermittence cataleptique est presque toujours irrégulière; ce n'est que dans des cas très rares qu'elle revêt une forme périodique; en voici une observation remarquable.

« Obs. 5. Élisabeth Delvigne, âgée de vingt-cinq ans, attaquée le 26 mai 1709.

» Cette fille est très délicate, assez agréable de visage, mais un peu contrefaite dans sa taille, ayant une épaule plus élevée que l'autre. Elle a toujours vécu d'une manière fort réglée, elle n'a jamais songé à se marier.

» Dans le mois de novembre 1708, ses ordinaires se supprimèrent, de sorte que par la suite, n'étant plus réglée, sa santé commença à se déranger. Il lui survint une douleur de tête qui augmenta dans la grande gelée de janvier 1709.

» La douleur de tête continua jusqu'à la semaine de devant la Pentecôte, qu'elle fut attaquée d'un mal de gorge et d'une fluxion de poitrine qui furent cause qu'on la saigna deux fois du bras et une fois du pied, et qu'on lui donna de l'émétique. Le mercredi, étant menacée d'un transport au cerveau, elle fut saignée de la jugulaire, après quoi elle s'évanouit. Après être revenue, elle eut des rêveries extraordinaires; elle crut être poursuivie par des voleurs, de bêtes féroces, etc. Le délire continua jusqu'au dimanche, jour où elle eut un accès de catalepsie pour la première fois.

» Les cinq premiers accès passèrent inaperçus, parce qu'on la croyait endormie. Dans le sixième accès, on la vit les yeux ouverts, sans mouvement ni sentiment; on la crut morte. Elle sortit de cet état à cinq heures du soir.

» Le lendemain on fut plus attentif. Quelques minutes avant une heure après midi elle se frotta le front avec sa main, et peu de temps après elle tomba dans l'accès qui dura jusqu'à cinq heures. Un moment avant qu'il finît, elle passa plusieurs fois sa main sur son front, ce qu'elle faisait dans tous les accès: de sorte que quand elle portait sa main à son front, c'étaient les signaux du commencement et de la fin de chaque accès.

» Quand elle fut hors de l'accès, on lui demanda pourquoi elle se touchait le front pour le frotter dans le temps que l'accès approchait, elle répondit qu'il lui semblait qu'il lui passait une rivière dans la tête, et qu'elle y entendait un bruissement qui l'obligeait d'y porter la main. On l'interrogea si elle sentait quelque chose qui l'obligeât de faire le même mouvement à la fin de chaque accès, elle ne put donner aucune raison, disant qu'elle ne se souvenait point de tout ce qui se passait dans ce temps-là.

» Tous les jours l'accès commençait à une heure et finissait à cinq. Lorsqu'elle y était, elle avait les yeux fixes, les paupières ouvertes et immobiles, elle ne faisait aucun mouvement que ceux qu'on lui faisait faire; toutes les parties de son corps étaient insensibles : on la pinçait, on lui fourrait des épingles et des aiguilles dans les bras et les jambes, sans qu'elle donnât aucun signe de douleur; il n'y avait que le pouls qui, en continuant ses battements ordinaires, faisait voir qu'elle n'était pas morte.

» Si on lui ployait un doigt ou plusieurs, ils restaient dans l'état où on les mettait; si on les tendait, c'était la même chose. Mais ce qui a été le plus grand sujet d'admiration et d'étonnement, c'est la légèreté que l'on trouvait dans toutes les parties de

son corps lorsqu'on la soulevait; en lui élevant un bras il paraissait léger comme une plume, et il demeurait dans la situation où on l'avait mis. Si on soulevait l'autre, il y demeurait aussi; quand on la levait à son séant, elle y demeurait; quand on ne la levait qu'à demi, elle y demeurait aussi; enfin on la remuait avec une facilité et une légèreté incroyables. On la leva, elle resta debout; on lui souleva un pied, elle resta droite sur l'autre; on la pencha de tous côtés, elle resta toujours dans la figure où on la mettait.

» Il est vrai que quand on la mettait dans des situations extrêmement contraintes, elle n'y demeurait pas autant de temps que dans celles qui étaient plus naturelles; il lui prenait pour lors des mouvements convulsifs qui la faisaient retomber.

» Dans la crise de l'accès elle avait les dents tellement serrées qu'on ne pouvait pas les ouvrir; lorsqu'elle en était sortie, on avait de la peine à lui faire prendre de la nourriture, et quelque légère que fût cette nourriture, elle avalait avec difficulté.

» Elle était de trois à quatre jours sans uriner, et on a même été obligé de la sonder.

» A la fin de l'accès, elle faisait des signes de piété : tantôt elle portait le bord de son drap à son menton comme si elle eût reçu la sainte communion; tantôt elle faisait un cercle sur sa tête, comme si on eût dû la couronner; ce qui faisait dire au peuple qu'elle était une sainte, qu'elle était en extase, et que tout ce qui se passait ne pouvait se faire sans miracle. Les accès de catalepsie qu'avait cette fille finissaient quelquefois par un tétanos.

» Cette fille fut conduite, par ordre du lieutenant de police, dans la maison des religieuses Hospitalières.

» Elle eut encore deux accès après vingt-huit qu'elle avait eus précédemment. Ce fut dans la maison des filles religieuses qu'eurent lieu les deux accès qui s'accompagnèrent d'une foule d'autres accès incomplets, également remarquables.

» Plusieurs des plus célèbres médecins de la Faculté consultèrent ensemble sur cette maladie, qui, voyant qu'elle venait d'une abondance de sang par une suppression des ordinaires pendant huit mois, convinrent de la nécessité qu'il y avait de la saigner. Après mûre délibération, l'ouverture de l'artère temporale fut résolue. Mais par des circonstances indépendantes des médecins, on ne put la pratiquer.

» Il faut remarquer que quelques jours avant qu'elle sortît de la maison de sa mère elle avait eu un saignement de nez abondant, et que c'est apparemment ce qui détermina pour la saignée de la tempe.

» Quelques médecins, persuadés qu'il y avait dans la tête des humeurs qui offusquaient les nerfs, les privaient de leur action, proposèrent le trépan comme un moyen de procurer une issue aux sérosités qui causaient cette maladie : en effet, supposez que ces sérosités eussent été entre le crâne et la dure-mère, elles auraient pu être évacuées par le trou qu'on aurait fait au crâne; mais comme elles étaient répandues dans la substance du cerveau, et qu'elles abreuvaient les origines des nerfs, cette opération n'aurait été d'aucune utilité, et la nature sage et industrieuse pour sa conservation s'en est débarrassée elle-même, sans aucun secours humain, comme nous le verrons par la suite.

» Conduite aux Hospitalières de la place Royale, l'accès de catalepsie la prit à l'heure ordinaire, et il fut accompagné des mêmes circonstances.

» Le soir, ses ordinaires qui étaient supprimées depuis huit mois, lui survinrent en si grande abondance, que son matelas en fut percé. Elle vomit aussi beaucoup de sang, ce qui fait voir qu'elle en regorgeait, puisqu'après ces évacuations elle n'en était pas plus faible.

» Le lendemain, l'accès revint à la même heure, mais il ne dura que cinq heures, qui étaient la moitié du temps qu'il avait accoutumé de durer. Ce qu'on peut attribuer aux évacuations du jour précédent.

» Cet accès fut le dernier qu'elle eut, et depuis elle n'a eu que quelques légers ressentiments.

» Ses ordinaires, après avoir duré deux jours, s'arrêtèrent, mais elles recommencèrent trois jours après et durèrent quatre jours. Deux jours après la cessation de ses ordinaires, il lui survint un débordement de sérosité par la bouche, par le nez et par le yeux qui dura pendant trois jours sans

discontinuer; car la nuit, en dormant, il ne cessait pas de couler, et son drap et son traversin en étaient tout mouillés.

» Six jours après cet écoulement de sérosité du cerveau, elle eut un grand dévoiement qui dura huit jours, pendant lequel temps il se fit des évacuations continuelles et copieuses qui la guérirent d'une tension et d'un gonflement qu'elle avait au ventre.

» Après le troisième jour de son entrée, cette malade fut placée dans une chambre particulière pendant trois mois. Cette malade a été observée par plusieurs académiciens, par un ministre, par M. d'Argenson, lieutenant-général de police, etc., etc. » (Dionis, *Dissertat. sur la catalepsie*, 1718, p. 45.)

Les accès suivent ordinairement une marche irrégulière, se montrent à toutes les heures du jour, à tous les temps de l'année, sans relation évidente avec les phénomènes météorologiques, avec la température, avec la présence dans l'atmosphère de vapeurs, de pluies, d'électricité, en plus ou moins grande quantité.

Si nous prenons la catalepsie incomplète, et surtout celle qui est compliquée d'autres affections, nous trouvons des changements dans la marche de cette maladie.

Le retour des accès se lie à des phénomènes plus appréciables, et la relation entre la cause et les symptômes est plus étroite et plus évidente. Il suffisait, par exemple, à une femme de se rappeler le nom de la personne qui l'avait insultée, et aussitôt l'accès cataleptique apparaissait. On ne peut disconvenir que cette relation était bien surprenante, puisque la pensée seule pouvait amener des résultats physiques aussi prononcés. De La Métrie, dans l'histoire d'Hélène Renault, nous raconte que les émotions trop vives, les mauvaises nouvelles, le moindre sujet de mélancolie, qu'une odeur trop pénétrante, etc., suffisaient pour ramener les accès. Cette dépendance des causes, qui sont elles-mêmes essentiellement irrégulières, nous donne la raison de l'irrégularité des accès. Cette loi générale de la marche de la maladie, marche interrompue, brisée et irrégulière, se retrouve même dans les cas de catalepsie intermittente qui ne présentent presque jamais le type de périodicité réglée.

Telle est la marche des accès considérés dans leur ensemble; quand on les considère isolément, on peut les diviser en simples et composés. Simples, lorsqu'ils commencent, persistent et disparaissent, après avoir parcouru leur durée d'un seul trait, sans repos, sans intermittence. Le malade perd connaissance, ses membres deviennent roides, immobiles dans la position qu'ils occupaient, puis tout à coup ils reprennent leur flexibilité ordinaire, les organes intellectuels leur action sur l'économie. Le malade a éprouvé un accès simple, une catalepsie complète. La catalepsie composée, au contraire, est formée d'une série brisée d'accès courts et rapprochés, variables en nombre et en longueur, se succédant avec plus ou moins de régularité, puis disparaissant tout à fait, jusqu'à ce qu'une nouvelle série se montre. Cette suite de symptômes se succédant par accès courts et rapprochés constitue une véritable attaque analogue à celles de la goutte.

Durée. — On peut considérer, dans la durée de la catalepsie, celle des accès et celle de la maladie elle-même.

Considérée sous ce dernier rapport, cette affection n'est pas moins variable dans sa durée que dans sa marche : tantôt elle se borne à un seul accès, comme dans un amoureux dont parle Schilling, tantôt à deux; le plus souvent elle en possède un grand nombre. Sa durée est subordonnée à la multiplicité des accès; aussi courte que possible, quand elle n'a qu'un seul accès, elle peut persister des semaines, des mois, des années, et même ne s'éteindre qu'avec la vie. Dans ces divers laps de temps, les accès se répètent plus ou moins souvent, selon certaines causes encore mal connues.

La longueur absolue de la maladie ne peut être déterminée d'avance : nulle circonstance d'intensité, de complication, etc., ne peut lui marquer une fin à peu près fixe. Certains symptômes, dont nous tiendrons compte dans le pronostic, peuvent conduire à des présomptions, à des données approximatives, mais non à une certitude. Ces présomptions portent principalement sur l'âge des malades. Lorsque cette affection se développe chez des jeunes gens avant la puberté, on peut espérer que, par la révolution organique et fonction-

nelle qui arrivera dans l'économie au moment où, prenant son essor, la nature de l'homme reçoit le complément de force et de puissance qui l'amène par degrés de l'adolescence à la virilité, puis à la nubilité ; on peut espérerque des modifications dynamiques, conséquence fatale et nécessaire de ce développement épigénitique, donneront au malade, soit une force de réaction supérieure à la lésion morbide et propre à la vaincre, soit des conditions mystérieuses et cachées, soustraites à notre observation, et cependant puissantes et énergiques assez pour vaincre les penchants ou les aptitudes pathologiques.

Cette durée établit un point de contact de plus entre la catalepsie et plusieurs affections nerveuses ; elle forme un rapprochement plus intime entre cette maladie et les nuances si diverses et si multipliées de l'hystérie. L'hystérie, changeante dans sa manière d'être extérieure, dans ses formes, dans ses retours, conserve jusqu'à sa terminaison inclusivement cette existence sans loi ni règle. On dirait que le hasard préside à ces accidents morbides à tel point, que dans la plupart des cas, ils mettent en défaut la sagacité des observateurs les plus habiles. D'après ces rapprochements, on n'est plus étonné que certains auteurs aient essayé d'établir une identité de nature entre la catalepsie et la masse des symptômes que fournit la passion hystérique.

La durée de l'accès est très variable ; ordinairement elle est très courte. Tissot cite l'observation de M. C..., dont l'accès ne durait que « le temps de dire quelques *pater* plus ou moins. » Une fille, dont l'histoire se retrouve également dans les ouvrages de Tissot, avait des accès si rapides que lorsqu'elle en était surprise au moment où elle approchait de la table de la communion, il suffisait au prêtre d'attendre un instant, et elle se trouvait presque aussitôt rendue à ses sens et à son intelligence, c'est-à-dire à sa santé complète.

Voici un petit tableau qui représente la durée des accès chez quelques uns des malades dont les principaux auteurs ont rapporté les observations.

Noms des auteurs.	Malades.	Durée de l'accès.
Van Swieten.		2 à 3 minutes.
Boerhaave		15 à 60 minutes.
Sauvages.	Fille.	1/4 d'heure à 3/4 d'heure.
Pinel.	Fille de 9 ans	3/4 d'heure.
Tissot	Fille de 5 ans	1 heure.
Henri	Soldat.	2 heures.
Dionis.	Elisabeth Delvigne.	4 heures.
Sauvages.	Fille de 8 ans	12 heures.
Baron	Fille de Conques.	12 heures.
Van Swieten.		18 heures.
Aëtius.		3 jours.
Cosnier	Femme Clinger.	30 jours.

Ce dernier fait est, abstraction faite de celui de M. Sarlandière dont il a été question plus haut, le plus long de ceux connus. Il consistait en une véritable catalepsie complète ; à plusieurs reprises, la malade avait eu antécédemment des accès de deux, trois et même cinq jours, ce qui fait déjà voir une tendance de ces accès à une durée très longue. Du reste, le témoignage des auteurs qui nous racontent cette histoire écarte toute espèce de doute sur la certitude du diagnostic.

Le tableau précédent nous fait voir, dans un seul coup d'œil, l'étendue des accès dont les plus courts n'ont que quelques minutes, et les plus longs trois à quatre jours.

Après la question de la durée, se présente naturellement la question de la quantité des accès. Les affections nerveuses ont une irrégularité remarquable dans leurs symptômes, et plus encore dans le retour que dans les symptômes eux-mêmes.

La catalepsie n'a pas de retours fixes, ou du moins elle les présente rarement ; de sorte qu'indiquer la durée totale de la maladie serait complétement insuffisant pour faire connaître le nombre des accès. Beaucoup de malades n'ont qu'un, deux ou

un petit nombre d'accès; chez d'autres, au contraire, la maladie se prolonge, dure des mois entiers, pendant lesquels les accès sont parfois très rapprochés. Tel est le cas de la fille Delvigne, que nous avons emprunté à Tissot, et qui eut, en quelques mois, 30 accès complets, et un grand nombre d'autres incomplets. Plusieurs autres malades ont présenté à peu près les mêmes particularités.

On peut, par conséquent, établir deux classes de malades; ceux chez lesquels la maladie jette profondément ses racines, avec lesquels elle s'allie d'une manière étroite et forte au point de constituer une affection opiniâtre et rebelle aux agents thérapeutiques. La seconde classe comprend les malades qui ont peu d'accès, et qui sont surpris, comme par hasard, par la maladie, comme il arriva à cet amoureux dont nous parle Tulpius, et à la dame dont Levacher a recueilli l'observation.

« Obs. 6. Pendant le carême de 1738, une dame, âgée de quarante-cinq ans, vint de Vesoul à Besançon pour y solliciter un procès de la dernière conséquence pour elle, et qui, si elle l'eût perdu, eût mis le comble à des malheurs très sensibles qu'elle avait déjà essuyés. Agitée de la plus vive inquiétude, elle ne sortait point, ou de chez ceux à qui elle avait affaire, ou des églises pour tâcher de mettre le ciel dans ses intérêts; on l'y voyait quelquefois allant se prosterner devant tous les autels, l'un après l'autre, de manière à se faire remarquer de tous les assistants. Elle dormait peu et ne mangeait point, soit parce qu'elle avait perdu l'appétit, soit parce qu'elle se dérobait à elle-même sa subsistance pour faire plus d'aumônes qui lui obtinssent un bon succès.

» On lui apprit cependant que l'air du barreau ne lui était pas favorable; et la veille du jour où elle devait être jugée, elle tomba, vers les cinq heures du soir, dans un état que l'on prit pour une apoplexie, et on alla, avec grande précipitation, chercher M. Attalin, professeur en médecine à Besançon, qui y accourut avec M. Levacher, chirurgien des hôpitaux de cette ville, correspondant de l'Académie.

» Ils trouvèrent la dame assise dans un fauteuil, immobile, les yeux fixés en haut et brillants, les paupières ouvertes et sans mouvement, les bras élevés et les mains jointes, comme si elle eût été en extase; son visage, auparavant triste et pâle, était plus fleuri, plus gai, plus gracieux qu'à l'ordinaire; elle avait la respiration libre et égale, et les muscles du bas-ventre jouaient avec facilité. Son pouls était doux, lent et assez rempli, le même à peu près qu'aux personnes qui dorment tranquillement. Ses membres étaient souples, légers, et se laissaient manier en tels sens qu'on voulait, sans faire aucune résistance; mais, et c'était là ce qui caractérisait son mal, ils n'étaient que trop obéissants, ils ne sortaient point de la situation où on les avait mis. On lui abaissait le menton, sa bouche s'ouvrait et restait ouverte; on lui levait un bras, ensuite l'autre, ils ne retombaient point; on les lui tournait en arrière, et on les élevait si haut, que l'homme le plus fort ne les eût pas tenus longtemps dans cette attitude, ils y demeuraient d'eux-mêmes tant qu'on les y laissait. On la mit debout pour faire sur ses jambes les mêmes épreuves que sur ses bras, et pour donner aux jambes et aux bras en même temps des attitudes difficiles à soutenir; et il est aisé de juger que, non seulement l'envie de connaître et d'approfondir le mal, mais encore une certaine curiosité pour un pareil spectacle, firent imaginer tout ce qu'il y avait de plus bizarre : la malade fut toujours comme une cire molle, qui prend successivement toutes les figures que l'on veut, et s'en tiendra éternellement à la dernière. M. Attalin dit qu'il croit qu'elle se fût tenue la tête en bas et les pieds en haut. Ce qui est très surprenant, c'est que son corps, quoique l'inclinant en différentes façons, conservait toujours et constamment son équilibre parfait. Il semblait que la statue de cire se collait par les pieds à ce qui la portait pour s'empêcher de tomber.

» Elle paraissait insensible; on la secouait, on la pinçait, on la tourmentait, on lui mettait sous les pieds un réchaud de feu, on lui criait même aux oreilles qu'elle gagnerait son procès : nul signe de vie. C'était une catalepsie parfaite.

» M. Attalin fit venir M. Charles, professeur en médecine. La dame fut saignée du pied par M. Levacher; ces messieurs allèrent souper et revinrent bien vite à leur

malade; ils la trouvèrent revenue de son accident, qui avait duré trois ou quatre heures, et elle les étonna beaucoup par un discours assez long, bien prononcé, bien lié, où elle faisait une histoire pathétique de ses malheurs, et racontait tous les détails de son procès, le tout accompagné de réflexions morales qui naissaient du sujet, et de prières à Dieu qu'elle n'avait point prises dans ses heures, mais qu'elle composait sur-le-champ.

» On commença par la rassurer autant que l'on put, aux dépens même de la vérité, sur ce fatal procès, qui avait causé tant de ravages dans son âme; ensuite on l'interrogea soigneusement sur tout ce qui s'était passé en elle pendant son accès. Elle ne voyait rien; quelquefois seulement elle entendait, et même si bien, qu'elle reconnut quelques personnes à la voix. Elle ne se souvenait point d'avoir été saignée; mais elle s'en douta quand elle vit la ligature du pied. Le réchaud de feu, qui aurait dû lui faire une impression plus sensible qu'une voix, ne lui en avait fait aucune. Quoiqu'elle eût été fort tourmentée, il ne lui restait point de douleur, ni même de lassitude.

» Pendant qu'on s'entretenait avec elle, on s'apercevait que de temps en temps elle interrompait son discours où elle l'avait laissé; elle en commençait un autre, quoiqu'on la fît souvenir de quoi il avait été question, et à quel point elle en était demeurée; et cela arrivait toutes les fois que cette petite menace d'accès avait interrompu son discours. L'idée de ce qu'elle avait encore à dire périssait absolument, et il s'en présentait à elle une autre qu'elle n'était pas maîtresse de refuser.

» Au bout d'une heure, l'accès vint dans toute sa force; les accidents cataleptiques furent les mêmes ou peut-être plus marqués que la première fois. Quand ils furent finis, la malade assise dans son fauteuil, se mit à parler pendant une bonne heure et demie sur le ton et dans le style qu'on connaissait déjà; mais enfin ses discours sensés se changèrent en extravagances, accompagnés de hurlements affreux, et elle fut attaquée d'une frénésie violente, dont la catalepsie n'avait été que le prélude.

» Tous les remèdes que les habiles gens qui la traitaient purent employer pendant trois ou quatre jours qu'elle passa encore à Besançon furent inutiles. On la renvoya chez elle à Vesoul, en bonne santé, sans avoir eu aucune récidive. » (Levacher, *Mém. de l'Ac. des sciences*, 1738.)

Diagnostic. — Il y a peu d'états organiques ou de maladies qui puissent être confondus avec une affection aussi singulière que la catalepsie, quoique certains auteurs en aient décrit beaucoup.

Ainsi tout le monde pensera qu'il serait inutile aujourd'hui d'établir un diagnostic différentiel entre la catalepsie et la congélation, entre la catalepsie et la rigidité cadavérique. Il n'est guère plus utile de dire à quels signes on peut distinguer la catalepsie du tétanos, dans lequel la contracture des muscles prend toujours une position déterminée et caractéristique, est presque toujours insurmontable aux efforts qui luttent contre elle, coïncide avec la conservation des facultés intellectuelles, etc. On ne doit pas insister davantage sur le coma, l'apoplexie, la syncope.

L'hystérie serait beaucoup plus difficile à distinguer de la catalepsie que toutes les maladies précédentes, si l'on admettait, avec quelques auteurs, que la première de ces affections peut offrir des variétés dans lesquelles il n'y a pas, à proprement parler, des convulsions, et où néanmoins les facultés cérébrales sont momentanément abolies; mais dans ces cas aussi la distinction n'est pas possible, et la catalepsie devient une forme de l'hystérie. Cette opinion est celle de Georget (*Dict. de méd.*); mais elle est généralement repoussée aujourd'hui, et les auteurs, à peu près sans exception, admettent que l'hystérie sans convulsions, mais seulement avec contracture et avec abolition des facultés cérébrales, est une maladie différente de l'hystérie proprement dite; qu'en un mot, c'est la catalepsie.

Quant à l'extase que quelques auteurs ont également confondue avec la catalepsie, c'est une affection toute mentale, qui peut bien abolir la sensibilité, mais dans laquelle il n'y a point de contracture; aussi, en faisant prendre aux membres de l'extatique une position gênante, les voit-on reprendre promptement une position plus naturelle.

Pronostic. — Ce que nous avons dit de la marche, de la durée et de la terminaison de la catalepsie, suffit pour fixer le praticien. Quand la maladie est simple, le pronostic est toujours favorable quant à l'issue définitive de la maladie ; il est seulement très variable quant à la durée, que rien d'ailleurs ne permet de fixer d'avance. Quand la maladie est compliquée, le pronostic peut avoir de la gravité ; mais cela dépend alors de la nature de la complication elle-même.

Causes. — On les a distinguées, comme celles de presque toutes les maladies, en prédisposantes et en efficientes.

« Les causes prédisposantes, disent Georget et M. Calmeil, sont : la susceptibilité, la mobilité nerveuse, le tempérament nerveux et mélancolique. Dans ces états, le cerveau est très sensible aux irritants sensoriaux, aux affections morales ; les femmes et les enfants, plus souvent doués de ces constitutions, sont aussi plus sujets à la catalepsie.

» Les causes excitantes de cette maladie sont de vives et fortes affections de l'âme, telles que la frayeur, le chagrin, la colère, l'indignation, des méditations profondes et soutenues, des excès d'étude, l'habitude de la contemplation ; en un mot, les influences les plus capables d'ébranler, d'agiter le plus fortement l'exercice des fonctions cérébrales. Fernel cite l'exemple d'un homme qui, au fort d'une méditation profonde, reste dans une immobilité cataleptique. Le professeur Pinel rapporte celui d'une petite fille de cinq ans qui, vivement contrariée à table, perd tout à coup connaissance, est saisie d'une roideur universelle, conservant la position qu'elle avait au moment de l'attaque.

» Les sujets des sept observations consignées dans l'ouvrage de Petetin (*Electricité animale prouvée par la découverte des phénomènes de la catalepsie hystérique*, Lyon, 1808, in-8) sont devenus cataleptiques à la suite de vives affections morales, lesquelles ont constamment eu la plus grande influence sur la maladie. De semblables circonstances ont déterminé les mêmes effets sur cinq malades affectés de catalepsie hystérique. L'on a coutume de considérer encore comme une cause fréquente de catalepsie, surtout chez les enfants, la présence des vers dans le canal alimentaire. Nous ajoutons peu de foi à l'influence de cette cause. Il est probable que lorsque la catalepsie, comme bien d'autres affections du cerveau, existe en même temps que la présence des vers dans le canal alimentaire, elle est souvent indépendante de l'action de ceux-ci, et due à une autre espèce d'influence. » (Calmeil et Georget, *Dictionnaire*, t. VI, p. 480.)

Traitement. — On a distingué, dans le traitement de la catalepsie, celui de l'accès et celui de la maladie elle-même. Pour rendre aux cataleptiques l'usage de leurs sens, on a conseillé les frictions à la peau, les aspersions d'eau froide, au visage surtout. On a cherché à stimuler l'action des sens, et principalement de l'odorat, en plaçant sous le nez de l'éther, des eaux spiritueuses, de l'acide acétique, de l'ammoniaque (Hoffmann), des sels volatils (Clcothack) ; on a fait usage de tous les sternutatoires possibles ; quelquefois on a essayé de stimuler la muqueuse des fosses nasales, en agissant directement sur elle à l'aide de stylets. On a aussi cherché à agir sur l'ouïe ; mais M. Levacher nous apprend cependant que les cris les plus forts, que la promesse de gagner son procès, ne firent aucune impression sur la dame cataleptique de Vesoul. (*Mémoires de l'Académie des Sciences*, an 1738.) Quoi qu'il en soit, ce moyen est si facile à employer, il est si innocent qu'on pourra en user, sans crainte, dans tous les cas de catalepsie.

Boerhaave croyait que la catalepsie était due à un arrêt des humeurs, et, partant de cette idée, il faisait faire à son malade des mouvements continus des bras ou des jambes, ou même de l'un et de l'autre à la fois. Ces mouvements étaient exécutés par des personnes qui donnaient des soins au malade. Ce moyen, on le conçoit, serait peu applicable chez un malade dont l'accès durerait plusieurs jours, et surtout plusieurs semaines.

Les frictions à la peau ont été recommandées par presque tous les auteurs, parce qu'elles ont toujours pu s'accommoder aux divers systèmes de thérapeutique employés contre la catalepsie. Mangoldt recommande de les faire aux extrémités supérieures ; Tissot préfère les extrémités

inférieures; F. Hoffmann les pratiquait à la nuque, et se servait de substances antispasmodiques. On a essayé des dérivations sur cette région par des lotions avec des liquides simples ou composés, c'est-à-dire médicamenteux. Quant aux aspersions à la face, il ne faut pas se contenter de prendre un peu d'eau au bout des doigts et d'en jeter quelques gouttes à la face; il faut, au contraire, prendre un verre, le remplir à moitié, et lancer avec force cette quantité de liquide sur la face bien découverte. Ce moyen très simple est beaucoup plus énergique qu'on ne pourrait le croire : il a été très utile en maintes circonstances.

Quelques uns ont proposé l'ustion comme révulsif énergique. Ils appliquaient sur la peau du malade un fer chauffé à blanc. Ce traitement doit être rejeté, car il a plus d'inconvénients que d'avantages.

La saignée a été aussi conseillée. Les uns ont voulu la saignée du bras seulement, d'autres la saignée du pied, ceux-ci l'ouverture de l'artère temporale. Cette dernière question avait été débattue et adoptée dans une consultation relative à la fille Delvigne (voy. p. 616). Ceux-là se contentaient de ventouses scarifiées, que l'on appliquait à la nuque ou entre les deux épaules. Mangoldt insistait sur ce dernier moyen.

Electricité. — Ce moyen thérapeutique a été employé par Petetin, de Lyon, et approuvé par Georget. Ils indiquent de commencer par des commotions électriques de force variée et proportionnées à l'énergie du malade, autant qu'aux effets obtenus; puis de faire succéder aux commotions le bain électrique, au milieu duquel on laisse le malade jusqu'à ce qu'il s'éveille et sorte de son accès.

Les moyens que l'on emploie dans l'intervalle des accès, sont en grande partie ceux qu'on dirige contre les accès eux-mêmes.

Emissions sanguines générales. — Plusieurs auteurs ont regardé la saignée comme très efficace. Élock, Schilling, Petetin, Boerhaave, Georget, la placent au premier rang. Une jeune fille, confiée aux soins de Sauvages, fut saignée sept fois de la jugulaire; « sans compter les autres saignées qu'on lui fit au bras et au pied. » On n'eut pas toujours à se louer de ce moyen, car la dame de Vesoul fut aussi saignée du pied, et cependant *tous les remèdes des habiles gens furent inutiles.* Frappés des inconvénients de la saignée, ou peut-être comprenant mieux la nature de l'affection, Clothack, Élock et Tissot repoussèrent ce moyen. Tissot déclara qu'il était rarement, et Élock jamais utile. Entre ces deux opinions contraires, l'esprit resterait indécis, si l'on ne réfléchissait que la catalepsie appartient essentiellement au genre des névroses, et si l'on ne se rappelait que ces maladies ne font qu'empirer sous l'influence des spoliations sanguines. Ceci résulte de l'expérience. Le sang, par sa nature et son œuvre physiologique, est éminemment propre à tempérer la surabondance d'activité nerveuse : *sanguis moderator nervorum* (Hip.). Cette grande vérité doit être respectée; les médecins qui n'y croient pas éprouvent de cruels désappointements lorsqu'ils enlèvent trop de sang dans les maladies nerveuses.

Malgré l'opinion de Georget, qui considère la catalepsie comme due à une congestion et curable par la saignée, on n'a eu que bien rarement à se louer de ce moyen. Aussi beaucoup de praticiens ont préféré les évacuations locales.

Déplétions sanguines locales. — Cette forme d'évacuations a surtout été préconisée comme dérivatif lorsque la catalepsie paraît due ou coïncide seulement avec la suppression de quelques évacuations hémorrhagiques, spécialement avec le flux menstruel. On applique dans ces cas un petit nombre de sangsues sur l'organe qui est habituellement le siége de l'hémorrhagie, ou aux environs. Plus rarement on emploie les sangsues ou les ventouses comme spoliatrices, à l'anus ou aux apophyses mastoïdes, quand il paraît y avoir complication réelle de congestion encéphalique.

Les *bains* ont été généralement peu employés. Les bains tièdes surtout l'ont été moins que les autres. La fille dont parle Sauvages fit, sans grand succès, usage de vingt bains dans le courant de sa maladie.

Ceux qui ont vu beaucoup de maladies mentales, beaucoup d'affections nerveuses, peuvent dire avec quelle énergie agissent les bains froids. Ils forment, sans contredit, le sédatif le plus puissant que nous ayons

à notre disposition. Comment agissent-ils? Lorsqu'on les prolonge trop longtemps, ils éteignent peu à peu la sensibilité, phénomène fonctionnel nécessaire à tout acte vital; comme conséquence de ce premier fait, ils empêchent les contractions musculaires d'une manière immédiate, et, plus tard, l'activité fonctionnelle de tous les organes. Ces phénomènes morbides pourraient être portés jusqu'à la mort, si l'on n'y mettait un terme.

Les bains peuvent être employés dans tous les cas de catalepsie, parce qu'on peut les graduer, et que l'on peut obtenir des effets variés dont les plus faibles égalent la modération et le calme des antispasmodiques simples; et les plus forts, l'épuisement le plus complet ou la mort même, s'ils sont portés trop loin. Beaucoup de médecins prétendent que ce moyen est excessivement dangereux lorsqu'on en interrompt l'usage. Ce danger consiste dans la réaction qu'il provoque, et qui est suivie d'un mouvement fébrile inflammatoire. Il est vrai que l'action du froid est suivie d'une activité vitale abondante; mais ce mouvement spontané de la nature est bien différent d'une fluxion inflammatoire.

L'emploi de la *glace* sur la tête n'est qu'un mode d'application de la méthode générale de réfrigération. Si l'on s'en rapportait uniquement aux données que fournit la physiologie, on pourrait croire, *à priori*, que la sédation exercée sur le cerveau par un agent quelconque devrait avoir un retentissement direct et sûr dans tout l'organisme, puisque le cerveau est le principe et le centre de toutes les sensations; c'est ce qui arrive en effet. Partant de là, on doit supposer que l'action dynamique cérébrale sera d'autant plus facilement atteinte que les agents thérapeutiques seront appliqués plus près du cerveau et plus localement; c'est ce qui n'a pas toujours lieu. Il est certain que les compresses imbibées d'eau froide appliquées sur le front, que la glace pilée placée sur la tête, n'ont pas une action identique et constante. Très avantageux chez les uns, ces moyens sont presque insignifiants chez d'autres individus, dans des cas tout à fait analogues.

Vomitifs. — Pour ceux qui voyaient la cause de la catalepsie dans un embarras intestinal, l'indication des évacuants devenait pressante : on peut s'en convaincre par la lecture de leurs ouvrages. En effet, lorsqu'il existe un état saburral des premières voies, qu'il y a embarras gastrique, les vomitifs sont clairement indiqués. Si le malade présente des accidents du côté du cerveau, si la circulation veineuse de la partie supérieure du tronc devient difficile, que la face soit rouge, bouffie, vultueuse, que les jugulaires soient engorgées, les conjonctives injectées, etc., les vomitifs sont positivement contre-indiqués. On voit donc que les diverses complications de la catalepsie règlent les indications des vomitifs : tantôt en les demandant, tantôt en les repoussant. La catalepsie simple n'en réclame nullement l'emploi.

Purgatifs. — L'usage des purgatifs a été recommandé par un grand nombre d'auteurs. Ces agents sont moins utiles qu'on ne l'a pensé, et moins nuisibles qu'on ne l'a soutenu à une époque récente. Plusieurs affections cérébrales sont modifiées heureusement par ce traitement. La théorie confirme cette donnée expérimentale. En effet, le développement d'une sur-stimulation vitale dans un point éloigné de l'économie, le mouvement fluxionnaire que ces médicaments déterminent, produisent de salutaires effets. Cela est démontré; mais il n'en est pas moins vrai que ces moyens sont incapables de guérir la catalepsie. Les purgatifs sont, comme les vomitifs, utiles dans certaines complications, inutiles dans la catalepsie simple. Tissot avait posé une indication plus exclusive : *Les émétiques, les purgatifs, à moins de preuves évidentes de saburre dans les premières voies, seraient plutôt nuisibles qu'utiles.*

Ceux qui ont adopté la méthode des purgatifs dans le traitement de la catalepsie ont usé de presque tous les médicaments que fournit cette classe. Les uns ont plus spécialement fait usage de purgatifs doux, de laxatifs; d'autres, au contraire, ont donné la préférence aux drastiques.

Les *diaphorétiques* ont été employés dans le but de déterminer une crise favorable. Elock nous apprend déjà à nous défier de ces médicaments, parce qu'ils n'ont pas une grande vertu thérapeutique dans la catalepsie. M. Reynell, dans la

relation de la maladie d'une fille cataleptique qu'il avait observée, nous rappelle que les diaphorétiques qu'elle prit furent sans succès.

Ceux qui ont employé les diaphorétiques ont eu aussi recours aux *diurétiques* dans les mêmes intentions. L'usage de ces médicaments n'a amené aucune amélioration notable dans l'état des cataleptiques.

Les *dérivatifs* ont été souvent employés dans la catalepsie, et ont été suivis, rarement il est vrai, mais quelquefois de succès.

Mangoldt et plusieurs autres conseillèrent le *cautère*. Ils voulaient, par ce moyen, imprimer une modification plus profonde et plus radicale à l'organisme, en déterminant un mouvement fluxionnaire et dépuratif lent et graduel. Ils pensaient, en agissant de la sorte, déplacer peu à peu l'irritation cérébrale, et, par conséquent, l'anéantir à la longue. L'expérience n'a que trop infirmé la valeur de ces vues théoriques.

Les vésicatoires ont été plus employés que les cautères. Ont-ils une vertu spécifique? Agissent-ils plus soudainement que les cautères? et cette vivacité est-elle propre à attirer vers un point éloigné la surabondance d'activité morbide portée sur les centres nerveux? Ce sont autant de conjectures. Peut-on supposer qu'ils agissent, non comme révulsifs, mais comme stimulants des organes génito-urinaires? Des expériences comparatives seraient nécessaires pour vider cette question, et ces expériences manquent. Contentons-nous donc des résultats de l'observation clinique, et disons que les vésicatoires, s'ils ne guérissent pas seuls et par leur propre action thérapeutique, sont des auxiliaires utiles des antispasmodiques, et que, réunis à ces agents, ils acquièrent véritablement quelquefois une vertu curative.

Emménagogues. — Nous avons vu que certaines catalepsies pouvaient être occasionnées par des troubles de la menstruation. Ces perturbations fonctionnelles indiquent évidemment les moyens que le médecin doit mettre en usage. Les troubles de la fonction qui nous occupe sont de deux sortes; ou bien la fonction manque tout à fait, la puberté s'accomplit irrégulièrement, les autres fonctions s'exécutent comme à l'état normal, mais les organes de la génération restent dans le silence, et l'utérus ne se soumet pas aux évacuations périodiques; ou bien, la fonction menstruelle, après avoir marché un certain temps, s'arrête, et les accidents cataleptiques se montrent. De ces faits naissent les indications. Il faut, dans le premier cas, favoriser la période d'évolution générale et agir particulièrement sur l'utérus, afin de le forcer à exécuter sa propre fonction. Dans le second cas, les indications générales sont moins pressantes, et l'attention du thérapeutiste doit se porter du côté de la matrice. Dans ce but, il faut recourir aux emménagogues. La nécessité de cette indication est encore mieux démontrée par l'observation clinique.

La classe des antispasmodiques comprend les remèdes les plus efficaces contre la catalepsie. Georget n'accorde pas une grande confiance à ces médicaments, parce que leur action est trop faible et trop fugitive, et que l'on ne peut assez compter sur leur efficacité. Relativement à la durée d'action, tout le monde sera de l'avis de Georget; mais il n'en est pas de même quant à l'efficacité.

Les antispasmodiques doivent être administrés sous toutes les formes; il faut en saturer l'organisme par toutes les voies. Il convient d'employer les formules ou les préparations qui s'adaptent le mieux aux convenances du malade, de respecter quelquefois ses goûts, et de ne pas exciter sa répugnance pour les remèdes, parce que le traitement peut être long. Les antispasmodiques que l'on emploiera de préférence seront ceux qui agissent plus énergiquement. Ainsi aux fleurs de tilleul, aux fleurs et feuilles d'oranger, à l'oxyde de zinc, au succin, à la valériane, à l'ambre gris, on préférera l'assa-fœtida, la gomme ammoniaque, le musc, le castoréum et le camphre. Il faudra, selon l'occurrence, associer ces deux ordres de médicaments, les employer alternativement, ou les combiner dans les proportions qu'on jugera les plus avantageuses.

Il est à côté des antispasmodiques un ordre de médicaments doués d'une puissance superlative, et plus aptes à jeter dans l'économie le calme et la sédation,

ce sont les stupéfiants. Cet ordre de médicaments a été mis en usage dans la catalepsie. Quelques écrivains cependant, regardant la catalepsie comme une affection comateuse, les ont proscrits de son traitement. L'emploi de ces médicaments doit être modéré. *Narcotica magnam requirunt prudentiam*, nous dit Élock. Ce précepte, d'une grande sagesse, doit être suivi. Cette prudence est commandée par la crainte de voir se développer des accidents comateux qui accompagnent quelquefois la catalepsie. Il ne faut pas perdre de vue que les maladies mentales se tiennent de près, que leurs transformations ne sont pas rares, et que souvent le malade tourne dans un cercle de symptômes très multipliés.

Electricité. — Modificateur puissant des centres nerveux, l'électricité a la propriété d'émouvoir fortement l'organisme, de lui imprimer parfois de salutaires perturbations qui brisent l'union de la cause morbide à la matière ; changent ainsi la manière d'être générale, et, par des modifications secrètes, ramènent l'ordre et l'harmonie au milieu d'un organisme en proie aux désordres et aux révolutions organiques. Les physiciens possèdent plusieurs moyens de charger un corps d'électricité ; ils y arrivent par bains, par frictions, par étincelles et par courant. Le courant électrique est le plus doux et le plus agréable pour les malades. Lorsqu'on le combine avec les isoloirs, on obtient le bain électrique. Ce mode d'électrisation était préféré par Georget, rejeté, au contraire, par Sarlandière, qui avait acquis une grande expérience en cette matière. L'un pensait que l'électrisation était plus complète, qu'elle se propageait mieux aux molécules intimes des tissus, qu'elle était plus propre à saturer l'organisme. Sarlandière prétend que « ce qu'on a dit de l'é» lectricité par bain ne peut avoir d'effet » sensible, et c'est perdre son temps que » de vouloir traiter aucune affection de » cette manière. » (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mars 1836.)

Plusieurs faits prouvent que l'électricité, employée par l'un ou l'autre procédé, peut avoir les meilleurs résultats. L'électricité peut évidemment avoir de l'influence sur la catalepsie, et l'observation de la femme Clinger (obs. 3) est, sans contredit, l'exemple le plus frappant de la vertu et de l'efficacité de ce moyen. Cette affection, qui avait résisté aux saignées, aux vésicatoires, au quinquina, au traitement des peintres, aux antispasmodiques, fut radicalement guérie par l'électricité. Doit-on avoir recours à ce moyen dans la catalepsie ? oui, lorsque les autres traitements ont échoué. Il faut ajouter cette dernière condition, parce que l'électrisation ne peut se faire sans secousse violente, sans commotions pénibles qui ne sont pas toujours sans danger. De plus, on n'a pas encore pu régler l'administration de cet agent, modifier son action ni apprécier parfaitement ses effets. Cette incertitude commande une grande prudence en médecine.

On a proposé le quinquina qui réussit souvent dans les affections nerveuses intermittentes. M. Laurent (*An catalepsi per periodes recurrenti quinquina?* thèse, Paris, 1808) a essayé, dans sa thèse, de faire prévaloir ce moyen. Il s'autorise de l'observation de deux cataleptiques guéris par ce médicament. Le premier de ces malades était fils d'un tabellion, atteint de catalepsie parfaite ; le second était un capucin affecté d'une catalepsie imparfaite. L'administration du quinquina à ces deux malades par Cl. Chicoyneau, professeur de médecine à Montpellier, fut suivie de guérison. (Thèse de Leblanc, soutenue à Montpellier, 1702.)

On a encore proposé contre la catalepsie plusieurs autres moyens qu'il est inutile d'énumérer. Tels sont le trépan, l'insufflation pulmonaire, la graisse de vipère, etc.

Trépan. — Ce moyen mis en délibération par les médecins auxquels était confiée la fille Delvigne, avait été adopté par eux et devait être mis en pratique dès le lendemain. Heureusement qu'une évacuation sanguine survenue dans la nuit empêcha de le mettre à exécution. Il est inutile de réfuter les suppositions absurdes sur lesquelles ils se fondaient.

Insufflation pulmonaire. — Georget pensait que dans beaucoup de désordres cérébraux ou rachidiens la mort ne survient que par paralysie ou insuffisance de la fonction pulmonaire : aussi proposa-t-il

l'insufflation pulmonaire, moyen, à son avis, beaucoup trop négligé dans les affections spasmodiques et nerveuses. Suppléer artificiellement à la fonction pulmonaire pour compléter l'hématose, est une idée ingénieuse sans doute, mais puisée à des théories plutôt qu'inspirée par des faits pratiques. Si l'on envisage les affections nerveuses en général, on en trouve bien peu capables de mettre en danger la vie des malades par défaut de sanguification. On pourrait citer la coqueluche, l'asthme, l'angine de poitrine, dans lesquelles la respiration est incomplète au milieu de l'accès ; mais en admettant même l'efficacité de cette insufflation, comment la pratiquer ? par la trachéotomie ? par l'introduction d'un tube dans les voies aériennes ? par l'insufflation directe par la bouche ? les malades n'accepteraient ni l'une ni l'autre de ces propositions. Ainsi, une première difficulté surgit de l'impossibilité de pratiquer l'insufflation. En second lieu, cette opération serait sans utilité, puisque la maladie resterait incurable en ne s'adressant qu'à un symptôme. En troisième lieu, je dis que ce procédé est tout à fait inutile dans la catalepsie.

ARTICLE V.

Hystérie.

L'hystérie, chez les femmes, ayant été décrite longuement dans une autre partie de cet ouvrage (voy. t. II, p. 210 et suiv.), nous ne devons nous occuper ici que d'une seule question concernant cette maladie, à savoir si elle s'observe également dans les deux sexes. M. Louyer-Villermay a résolu cette question par la négative dans le passage suivant dont presque tous les auteurs d'aujourd'hui adoptent d'ailleurs le sens ; tels sont Georget, MM. Calmeil, Dubois (d'Amiens), etc.

« Examinons, dit M. Louyer-Villermay, les circonstances qui ont contribué à faire admettre la prétendue existence de l'affection hystérique chez les individus du sexe masculin. Il est sans doute arrivé que des médecins ont confondu l'hypochondrie et l'hystérie et regardé comme cette dernière maladie, l'affection hypochondriaque, dont une femme était atteinte. Retrouvant ensuite des hommes qui leur présentaient les mêmes accidents, ils n'auraient point hésité à déclarer que l'hystérie se manifestait chez l'homme ainsi que chez la femme ; dans d'autres cas, ils auront méconnu la complication, lorsque l'hystérie et l'hypochondrie étaient réunies, et n'auront vu dans cet ensemble de phénomènes morbifiques qu'une simple hystérie. S'ils observaient ensuite l'homme en proie à une affection hypochondriaque, ils retrouvaient une partie des accidents que leur avait offerts la femme affectée d'une double maladie, et se fondaient sur cette analogie pour avancer une erreur véritable, et qu'une observation plus attentive aurait rectifiée, pour émettre l'opinion que l'hystérie était commune aux deux sexes ; bien que l'étymologie du mot *hystérie* impliquât contradiction.

» Une objection plausible, sur laquelle s'appuient les médecins qui admettent l'hystérie chez l'homme, c'est l'analogie qui existe entre cette maladie et les affections nerveuses très singulières, que l'on a observées sur quelques individus du sexe masculin. Hoffmann en rapporte un exemple notable : Willis nous en fournit un second, et nous en avons observé un troisième, que nous allons transcrire ici.

» Un homme marié, âgé de quarante-deux ans, doué d'une constitution nerveuse, avait la peau blanche, les cheveux et les yeux noirs ; il avait perdu deux de ses frères enlevés par des convulsions, lui-même fut pris, à la suite d'un violent chagrin, mais sans symptômes précurseurs, le 11 avril 1803, d'un état convulsif général qui se prolongea pendant trois heures ; dans les moments de rémission, il se plaignait de nausées, de douleur d'estomac et d'une sorte de boule qui paraissait rouler depuis l'épigastre jusqu'au col, où il existait une constriction violente ; durant la plus grande intensité des accidents, il y eut perte totale de connaissance. On employa avec le plus grand succès une potion qui contenait un grain d'opium et des frictions sur l'épigastre avec un liniment narcotique.

» Ce fait pourrait facilement devenir cause d'erreur ; toutefois l'examen approfondi de cette affection en démontre le caractère, et d'abord elle était héréditaire dans sa famille, puisque deux de ses frères

avaient succombé à la violence des accès ; il eût peut-être également péri sans les secours qui lui furent administrés. On doit remarquer, en outre, que les narcotiques, employés sous forme de potion et de liniment calmants, eurent dans ce cas-ci un succès très marqué, tel qu'ils ne l'obtiennent pas ordinairement dans les affections hystériques, et que l'espèce de globe mobile, dont se plaignait le malade, ne s'étendait pas depuis la région hypogastrique, mais bien depuis l'estomac jusqu'au col. Un caractère qui rapproche cette maladie de l'épilepsie, plutôt que de l'hystérie, c'est la perte totale de connaissance et de la mémoire lors de la plus grande intensité de l'accès. Il est encore à noter que cet accès fut unique et qu'une vive affection morale le détermina. En analysant les symptômes spécifiques de cette maladie, sa cause étrangère à l'empire des organes générateurs, la terminaison mortelle, dont elle a été suivie chez deux parents du malade, et l'absence d'une boule qui semble s'élever de l'hypogastre, on acquiert la conviction que cet ensemble de phénomènes ne saurait constituer l'affection hystérique, qui est véritablement exclusive à la femme, mais bien une attaque d'épilepsie ou de convulsions. C'est ainsi qu'on peut contester le titre de l'observation 2e d'Hoffmann.

» Observation 2e intitulée *Hystérie*.

» Un jeune homme, âgé de seize ans, d'une taille élevée et d'une forte constitution, doué d'un embonpoint et d'un tempérament sanguin très prononcés, avec exubérance des forces vitales, se plaignait depuis peu d'une douleur vive à l'anneau inguinal, qui livre passage aux vaisseaux spermatiques ; de plus, il éprouvait contre son gré de violentes érections, et était obsédé par des désirs lascifs ; bientôt fièvre légère, revenant chaque jour, et se dissipant après plusieurs semaines ; la douleur de l'aine reparaît aussitôt la fièvre finie. D'autres accidents, semblables à ceux de l'hystérie, se manifestent : spasmes horribles s'étendant de la région du pubis jusqu'au dos, à la région précordiale, au cœur, au larynx, et même au cerveau avec palpitations de cœur, étranglement de la gorge, gêne de la respiration, syncope, assoupissement, mouvements convulsifs des articulations. Ce paroxysme se reproduisait presque tous les mois ; du reste l'appétit était bon, et il existait une constipation rebelle aux purgatifs les plus forts ; le pouls, ordinairement vif et fort, était pendant l'accès très inégal et déprimé après divers traitements antispasmodiques et anti-épileptiques, qui furent infructueux ; Hoffmann conseilla une saignée de six onces presque tous les mois, des poudres nitrées pour diminuer l'orgasme du sang, un exercice doux, et défendit des méditations trop suivies ; bientôt le malade fut entièrement guéri.

» Cette observation est-elle une véritable hystérie ? Je n'hésite pas à répondre négativement parce que la matrice n'existe pas chez l'homme. On m'objectera que les accidents de cette maladie offrent une analogie presque parfaite avec les phénomènes hystériques, tels qu'on les rencontre chez la femme, je réponds que ce fait isolé prouve seulement qu'on peut observer parfois chez l'homme des symptômes très analogues aux accidents de l'hystérie et même presque identiques, mais combien peu rencontre-t-on d'exemples semblables, et lors même qu'il en existerait un grand nombre, il faudrait encore faire choix d'un autre mot ou plutôt d'une dénomination qui fût, au terme d'hystérie, ce que celui de *satyriasis* ou de *priapisme* est à l'expression de *nymphomanie* ou de fureur utérine. De plus, si l'on réfléchit qu'il fut administré à ce jeune homme des remèdes anti-épileptiques et que ses accès observaient dans leurs retours beaucoup de régularité, on sera disposé à considérer cette maladie comme une véritable épilepsie, ou une variété de l'affection épileptique, ou enfin une névrose anomale, et non comme une observation particulière d'hystérie.

» Nous croyons, d'après l'analyse raisonnée de ces faits, et des faits qui s'en rapprochent, que l'homme peut ressentir des accidents nerveux et même des mouvements convulsifs très analogues à ceux qui caractérisent l'hystérie, mais qui ne sauraient, malgré leur analogie plus ou moins spécieuse, être identifiés avec les phénomènes propres à cette dernière affection. Ne sait-on pas que la présence des vers dans l'estomac ou les intestins détermine

sympathiquement des accidents qui simulent l'inflammation de la plèvre, et qu'on a nommés pleurésie vermineuse? Dans ce cas, la maladie essentielle consiste dans l'affection des intestins, et non dans la phlegmasie de la membrane séreuse ; de même il se peut qu'une irritation quelconque produise par sympathie des mouvements convulsifs très analogues, mais non identiques, aux phénomènes de l'hystérie, puisqu'ils ne peuvent dépendre de l'irritation d'un organe qui n'existe pas chez l'homme, on doit les considérer comme des aberrations de la sensibilité ou comme une variété, soit des convulsions, soit de toute autre maladie. Notre but, au reste, n'est pas de prouver ce que sont ces maladies qui ont été méconnues chez les individus du sexe masculin, mais seulement de démontrer ce qu'elles ne sont pas.

» Les accidents que produit un état de continence absolue chez l'homme, sont le priapisme ou satyriasis, le spermatocèle, l'hypochondrie et les aliénations mentales ; mais il ne peut occasionner la nymphomanie, ni surtout l'hystérie. Dans tous les cas, il faudrait au moins, comme nous l'avons déjà dit, changer la dénomination. L'hystérie est une affection de l'utérus et, comme toutes les maladies de cet organe, elle ne peut être observée que chez les femmes, par la même raison, l'homme seul est exposé aux affections spéciales des testicules, de la verge et de la prostate.

» Ce qui ajoute à notre surprise, c'est qu'aucune maladie, parmi celles dont l'homme est passible, ne peut fournir avec l'hystérie une analogie aussi frappante que celle qui rapproche le satyriasis de la nymphomanie : celle-ci aurait, avec plus de vraisemblance, pu être considérée comme une affection commune à l'homme et à la femme, puisque le priapisme ou satyriasis offre de telles analogies avec l'utéromanie, qu'on serait tenté d'admettre l'identité de ces deux maladies, et cependant la nymphomanie a toujours été regardée comme exclusive au sexe féminin.» (Louyer-Villermay, *Traité des vapeurs*, t. I, p. 5 et suiv.)

ARTICLE VI.

De l'hypochondrie.

Aujourd'hui que l'hypochondrie est généralement et avec raison rapportée à un trouble des fonctions cérébrales comme toutes les autres monomanies, c'est au groupe important des maladies mentales que son histoire doit être renvoyée. Ce n'est donc que pour obéir à un usage qui n'est pas encore complétement tombé en désuétude, que nous nous en occuperons succinctement ici, au point de vue de la description des symptômes ; quant à sa nature ou à ses relations avec la folie, le sujet a été traité assez longuement ailleurs, pour qu'il soit inutile d'y revenir ici.

Anatomie pathologique.—Plus que dans toute autre névrose, le chapitre de l'Anatomie pathologique doit être ici placé pour mémoire. Dans les cas, d'ailleurs extrêmement rares, où l'on a eu l'occasion d'examiner les cadavres d'individus morts pendant l'existence d'une hypochondrie plutôt que par le fait de cette maladie, aucune lésion capable d'expliquer les symptômes observés pendant la vie n'a été rencontrée. Broussais seul, parmi les contemporains, avait cru constater les caractères d'une gastro-entérite ; mais convaincu lui-même par l'évidence, il abandonna plus tard cette erreur.

Symptômes. — Rien de plus varié que les symptômes de l'hypochondrie, puisqu'un hypochondriaque peut s'imaginer être atteint de toutes les maladies. Toutefois, il y a encore un certain ordre dans ce chaos, et M. Dubois (d'Amiens) a pu admettre (*Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*, Paris, 1837, in-8) trois périodes dans la symptomatologie, périodes qui ont également été adoptées par M. Michéa.

La première est caractérisée par un désordre exclusivement psychologique.

La seconde offre le même désordre et de plus une ou plusieurs lésions fonctionnelles.

Enfin, dans la troisième, il y a en outre des altérations anatomiques.

Tous ces symptômes peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

Les individus ne présentent d'abord autre chose au début qu'un trouble purement mental : ainsi ces personnes quoique parfaitement bien portantes, éprouvent tout à coup des inquiétudes sur leur santé ; elles

se croient atteintes de telle ou telle maladie grave : elles ont des pressentiments sinistres ; elles interrogent alors les médecins, des charlatans et des commères ; elles lisent même avec avidité les livres de médecine, et ne manquent jamais à se reconnaître les symptômes caractéristiques de quelque maladie incurable. Tel fut Jean-Jacques Rousseau, qui, après la lecture de livres de pathologie et d'anatomie, se crut affecté d'un polype au cœur. Les auteurs ont remarqué que la plupart des hypochondriaques commençaient à se préoccuper de l'état de leurs organes digestifs ; tout les inquiète : ils croient voir des indices de maladie grave dans l'enduit que leur langue présente quelquefois à jeun. Quelques uns s'effraient même de la conformation la plus normale : ainsi, les papilles de la langue sont des végétations vénériennes ou un signe de phlogose du côté de l'estomac; la luette est elle-même une excroissance qui doit finir par les étouffer. Quelques uns s'occupent toujours du résidu des digestions : croirait-on qu'il y a de ces monomaniaques qui non seulement examinent et flairent, mais encore goûtent leurs matières fécales? Les organes respiratoires et circulatoires sont, après les organes digestifs, ceux dont les hypochondriaques se préoccupent le plus. Ainsi, combien il y a de ces malheureux qui se croient, les uns phthisiques, les autres atteints d'une affection organique du cœur, d'autres, en plus petit nombre, craignent pour leurs reins, pour leur vessie, leur prostate ; les femmes redoutent surtout un carcinome utérin. Les hypochondriaques dont l'attention se dirige spécialement vers la tête, vous diront qu'ils perdent la raison, la mémoire; qu'ils tombent en démence, en paralysie, en apoplexie; qu'ils ont des fièvres cérébrales; que leur boîte crânienne est vide, remplie d'eau ; qu'ils sont enragés (Michéa); d'autres enfin sont poursuivis par l'idée qu'ils sont infectés par le virus vénérien. Telle est la première période de l'hypochondrie. Comme on le voit, il n'y a dans tout cela rien d'organique. Toute la maladie est dans une perversion de l'action cérébrale, dans un désordre mental, qui peut persister seul pendant un grand nombre d'années, comme dix, vingt, trente et quarante ans.

Cependant, à force de se croire malades et de concentrer leur attention sur quelque organe, les hypochondriaques finissent tôt ou tard par éprouver réellement des troubles fonctionnels, c'est-à-dire un véritable état maladif. Ainsi, après s'être beaucoup et longtemps préoccupé de ses organes digestifs, après avoir pris beaucoup de toniques s'il les croit débilités, ou des émollients s'il les suppose enflammés, l'hypochondriaque finit par avoir les digestions lentes, difficiles, de la dyspepsie, ou quelques uns des autres accidents qui caractérisent les névroses des voies digestives. Celui qui s'attache aux systèmes circulatoire et respiratoire éprouve des battements de cœur forts, précipités et même irréguliers, comme le prouve un cas remarquable observé par Valsalva; il y a en outre de l'oppression ; mais ici la dyspnée, comme le dit M. Michéa, est souvent toute mécanique, et provient de ce que les malades, par crainte, ne font que des inspirations incomplètes. On conçoit aussi aisément pourquoi les hypochondriaques, qui se préoccupent de leur tête, accusent de la céphalalgie, de l'insomnie, etc. Ainsi donc dans cette deuxième période de l'hypochondrie, on trouve indépendamment des accidents cérébraux qui existaient seuls dans la première, des troubles divers, le plus souvent purement fonctionnels, du côté des organes sur lesquels se portent spécialement les préoccupations des malades.

Enfin, sous l'influence de ces préoccupations tristes, du régime que les malades suivent, peut-être aussi par suite des névroses dont ils sont atteints, on voit les organes qui d'abord n'ont présenté que des troubles purement fonctionnels, devenir plus tard le siége de lésions organiques diverses, comme de tubercules, d'un cancer, etc.

Les trois périodes que nous venons d'admettre dans l'hypochondrie, d'après M. Dubois, ne se succèdent pas toujours nécessairement. Fréquemment, au contraire, la maladie ne franchit pas la seconde ni même la première période. Mais, dans ces cas, et quel que soit d'ailleurs le genre de préoccupation, les malades sont ombrageux, inquiets, maussades; ils se contrarient d'un rien, ils sont d'un commerce

difficile, ils se plaignent sans cesse, ils disent avoir un dégoût extrême de la vie; quelques uns appellent la mort, mais peu se suicident, et tous recherchent avec avidité les conseils des médecins; beaucoup fréquentent les cours et lisent les livres de médecine. Cependant, chose remarquable, malgré leurs plaintes et leurs prétendues souffrances, la plupart ont toutes les apparences d'une excellente santé. Ainsi, comme l'observe avec juste raison M. Dubois (d'Amiens), ce qui frappe chez l'hypochondriaque, c'est la multiplicité, la variété, la mobilité des désordres; ce sont les souffrances excessives mises en opposition avec le peu de danger de leur état, et les apparences extérieures d'une santé presque toujours bonne et souvent florissante.

L'hypochondrie présente dans son cours des exacerbations et des rémissions; les émotions morales, les passions tristes, la vue de personnes souffrantes, le récit d'une maladie, etc., aggravent ordinairement l'affection, et au contraire, un voyage, une passion, des affaires, en détournant l'attention, opèrent une dérivation utile. C'est ce qui arriva à Rousseau, qui, allant à pied de Paris à Montpellier, pour se faire guérir d'une affection du cœur, oublia qu'il était malade pendant les distractions fort douces qu'il éprouva pendant le voyage; il ne s'en souvint, écrit-il dans ses *Confessions*, qu'en entrant à Montpellier.

Diagnostic. — Ces symptômes ne peuvent guère permettre de confondre l'hypochondrie avec aucune autre affection; cependant cette confusion a été faite quelquefois, et tous les auteurs ont jugé d'autant plus nécessaire d'établir un diagnostic différenciel, que si la maladie était méconnue, on pourrait mettre en usage contre des maladies imaginaires des traitements fort énergiques, et par conséquent dangereux.

Voici comment M. Michéa établit ce diagnostic. (*Traité pratique*, *dogmatique et critique de l'hypochondrie*, Paris, 1845, in-8.)

« Individualité morbide appartenant à l'ordre des vésanies, l'hypochondrie ne peut être confondue qu'avec des individualités morbides rangées dans la même classe, ou du moins s'en éloignant très peu.

» Quoi qu'en disent Sydenham, Lorry, etc., l'hystérie est une des névroses complexes qui diffère le plus de l'affection dont il s'agit. Joseph Frank et M. Dubois (d'Amiens) ont mis ce point de diagnostic dans toute son évidence. L'hystérie est une affection presque exclusive du sexe féminin et à la période utérine; son invasion est subite, elle s'opère par des attaques d'une courte durée. Dans ces attaques les caractères prédominants sont les mouvements convulsifs des membres, la constriction pharyngienne, et la sensation d'une boule montant de l'abdomen au gosier. L'hypochondrie, au contraire, est une maladie commune aux deux sexes, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, etc., et chez celle-ci elle peut se déclarer encore après l'âge critique. Son invasion est presque toujours lente; sa marche continue et dénuée d'accès bien manifestes. Parmi ses symptômes, il n'y a jamais de mouvements convulsifs des membres, et il n'y a que très rarement une sensation de boule ou de constriction au pharynx. La femme hystérique souffre presque sans se plaindre, elle ne se tourmente nullement à propos de sa santé; quoique livrée à la mélancolie, elle est accessible à toutes les émotions douces, à toutes les passions généreuses, surtout au sentiment de l'amour : c'est tout l'opposé chez l'hypochondriaque.

» Il importe surtout de chercher à établir en quoi l'hypochondrie diffère de la simple névropathie ou névrosthénie, car ces deux états morbides se trouvent presque toujours combinés et ont entre eux plusieurs points de contact. En effet, dans l'un et l'autre cas, les malades ont l'attention constamment fixée sur leur souffrance; ils analysent avec ardeur les symptômes dont ils se plaignent, et ils les décrivent minutieusement. Ils désirent vivement guérir; ils consultent à cet égard et les médecins et des personnes étrangères à la médecine; ils lisent des ouvrages concernant cette science; ils ont l'âme triste, abattue, livrée à la crainte et au désespoir. Mais, chez les hypochondriaques, le jugement est dépravé, tandis que l'intelligence demeure saine chez les simples névrosthéniaques. Les premiers redoutent surtout la mort, et en conséquence croient leur mal

plus grave qu'il n'est en réalité. Il s'ingénient à lui trouver des causes et une essence qu'il n'a pas. Les seconds craignent principalement la douleur, leur état valétudinaire ; ils s'en affligent, mais ne s'évertuent point à l'expliquer, à en déduire des pronostics fâcheux ; ils ne sont point enclins à lui supposer une terminaison funeste.

» Il ne faut donc point confondre, ainsi qu'on le fait communément, la mélancolie hypochondriaque avec la tristesse qui accompagne si fréquemment les désordres matériels ou dynamiques des viscères de l'abdomen, tant que cette tristesse est générale, tant qu'elle n'est point la conséquence d'une idée fixe, tant qu'elle n'a point pour objet exclusif la terreur extrême de la mort, tant qu'elle cède promptement aux consolations et au raisonnement.

» Joseph Frank range au nombre des hypochondriaques les mélancoliques qui, s'imaginant que leur corps est fait de beurre, comme un médecin distingué du XVIIe siècle, Gaspard Barlæus ; de boue, comme un malade dont parle Arétée ; de cire, comme celui qui fut observé par Grimm ; de verre, comme un savant que cite Sanchez, d'après le témoignage oral de Boerhaave, fuient la chaleur, dans la crainte de se voir fondre ; évitent de boire, de peur d'être dissous ; se tiennent continuellement assis, afin de ne point être brisés. Il confond aussi avec eux les zoanthropes, et tous les autres monomaniaques qui ont des idées ou des perceptions fausses relativement à leur propre individualité. Cette opinion est une erreur qui s'évanouit devant une classification des formes du délire partiel fondée, non plus sur des bases factices et arbitraires, ou sur les simples attributs de l'âme, sur un état de tristesse ou de joie, un vice de l'attention, de la mémoire, de l'imagination, de l'association des idées, etc. ; mais sur les caractères propres aux facultés fondamentales de l'esprit, aux principes actifs, primordiaux, dont le chef de l'école écossaise, Thomas Reid, a si admirablement commencé l'analyse. En effet, avec la classification du délire puisée dans les éléments de ce dernier ordre d'actes physiques, la seule qui puisse satisfaire désormais les psychiâtres et imprimer un progrès véritable au traitement des maladies mentales, il existe une différence très grande entre les hypochondriaques et les monomaniaques en question. Chez les premiers, le délire se lie à l'instinct de la conservation ; chez les seconds, il se rapporte à la faculté de l'individualité des objets de la nature. Les uns déraisonnent, en ce qu'ils se croient menacés du trépas sans avoir de maladie mortelle ou même de maladie ; les autres se trompent en tant qu'ils méconnaissent l'identité de leur personne. Parmi les derniers, les individus qui s'imaginent être métamorphosés en objets du monde inanimé, avoir un corps fait de beurre, de cire, de boue, de verre, tremblent bien aussi à l'idée de leur destruction, puisqu'ils n'osent ni s'approcher du feu, ni boire, ni se livrer au mouvement : mais cette crainte constitue un caractère purement accessoire. Quoi de plus juste que ces conséquences, en admettant les prémices fausses posées par ces individus. La peur extrême de la mort, qui se rencontre assez souvent chez les personnes en proie à la lypémanie religieuse, s'éloigne aussi beaucoup de celle qui existe chez les hypochondriaques : car elle n'y joue également qu'un rôle secondaire. Haller, qui, dans les accès de son délire partiel triste, recherchant les avis des prêtres avec la même ardeur que l'hypochondriaque les conseils des médecins, qui était effrayé du tableau de ses péchés, qui n'espérait pas et n'avait jamais espéré, pour son propre compte, la miséricorde de Dieu : « Haller redoutait la mort, dit Zimmermann, et n'avait jamais caché sa faiblesse ; mais il ne craignait l'heure dernière qu'à cause du jugement dont elle devait être suivie, et pour employer les expressions dont ce pauvre malade avait coutume de se servir, à cause de la laideur de son âme. »

» Mais tous les délirants, qui, indépendamment d'aucune préoccupation de supplice dans le monde infernal, s'effraient outre mesure à l'idée de perdre la vie ; dont l'erreur se lie à l'instinct de la conservation, et non pas au sentiment d'après lequel on se représente la divinité avec le cortège de ses attributs, tous ces délirants ne sont point hypochondriaques. Il ne faut assimiler à ces derniers ni les mélancoli-

ques qui s'imaginent devoir succomber au fer d'un meurtrier, comme était l'académicien Bertin, ni ceux qui se figurent qu'on cherche à les empoisonner, comme fut Charles VII sur la fin de sa vie. Les mélancoliques ne sont point hypochondriaques, puisqu'ils ont l'idée fixe d'une mort violente, d'une fin que le cours ordinaire des choses n'a point amenée. Les uns et les autres sont bien des individus soumis à des espèces diverses d'un même genre de folie, d'un groupe d'aliénation dont le principe commun est l'exagération du besoin de la conservation : mais ce ne sont pas des délirants qui présentent seulement des variétés d'une même espèce de désordre mental. Ce qui caractérise les hypochondriaques, c'est la crainte mal fondée d'une mort naturelle; au lieu de redouter de finir par le fer ou le poison d'ennemis imaginaires, ils tremblent et sont convaincus d'être emportés par des maladies survenues spontanément au sein de leur organisme; au lieu d'attribuer leurs souffrances physiques à des causes absurdes, impossibles, comme certains autres lypémaniaques, comme le théologien Jurieu, par exemple (1), ils leur donnent pour raison des maladies plus ou moins bizarres et toujours graves, qui n'existent pas actuellement; ils leur trouvent des explications fausses sans être néanmoins dépourvues de vraisemblance.

» Au premier abord, on serait tenté de confondre certains hypochondriaques avec les individus affectés de lypémanie suicide, mais quand on étudie à fond l'état psychique des uns et des autres, on s'aperçoit bientôt de l'immense intervalle qui les sépare, au moins dans la majorité des cas. En effet, si les premiers parlent très souvent du projet d'attenter à leurs jours, s'ils demandent avec instance la mort à ceux qui les environnent, tout cela est de leur part feinte, pure comédie. Comme ils voient leurs parents, leurs amis, leurs connaissances, les médecins notamment, peu disposés à partager leurs idées, à croire leurs organes aussi détériorés, leur maladie aussi dangereuse qu'ils le pensent eux-mêmes; comme ils observent sur la physionomie de ces personnes l'empreinte du doute, quand ils font le récit de leurs souffrances, ils usent de tactique pour tâcher de les intéresser à leur sort, ils simulent le désir de vouloir abandonner cette vie, afin que chacun s'efforce de trouver des moyens susceptibles de la leur conserver. L'intention de se donner la mort occupe tellement peu leur esprit, qu'ils passent très rarement de l'idée à l'acte, et que, quand ils en viennent là, leurs tentatives avortent presque toujours. Une autre preuve de l'assertion dont il s'agit, c'est que leur physionomie s'épanouit, le calme renaît dans leur âme, si vous parvenez à les convaincre de la réalité de leur guérison; si vous leur vantez avec chaleur et assurance l'efficacité de tel ou tel remède dont ils n'ont pas encore fait usage. » (Michéa, *Traité de l'hypochondrie*, p. 419.)

Marche, durée, terminaisons.—L'hypochondrie est une maladie de longue durée, et qui persiste parfois toute la vie. Toutefois la terminaison heureuse est la règle, lorsque la maladie n'a pas franchi les deux premières périodes. Quant à sa marche, elle est le plus souvent continue avec des rémittences; cependant quelques auteurs ont observé de véritables intermittences : voici comment s'exprime à ce sujet M. Dubois (d'Amiens).

« Dans la première période de l'hypochondrie, on peut dire qu'il n'y a que des distractions, c'est le véritable mot : dans la seconde période, s'il y a des intermittences, elles ne sont que partielles, c'est-à-dire qu'elles n'ont de rapport qu'aux organes névrosés, dont les douleurs peuvent être interrompues, et, à moins qu'elles ne coïncident avec les distractions mentales, l'intermittence n'est pas complète, puisqu'il y a encore des symptômes moraux. Pour ce qui est de la troisième période, chacun prévoit qu'il ne peut y avoir que des soulagements plus ou moins marqués. » (Dubois (d'Amiens), *Traité de l'hypochondrie et de l'hystérie*, p. 237.)

Causes. — Elles sont prédisposantes ou occasionnelles.

Parmi les premières on doit faire entrer l'hérédité, quoique l'hypochondrie paraisse être notablement moins héréditaire que

(1) Il prétendait que sa gastralgie et ses flatuosités provenaient de la présence de sept cavaliers au milieu de ses entrailles.

les autres dérangements des facultés intellectuelles.

Le sexe a une influence des plus marquées : l'hypochondrie est presque aussi exclusivement une maladie des hommes que l'hystérie est exclusivement une maladie des femmes. L'âge est également une condition importante pour le développement de cette maladie : à peu près inconnue dans l'enfance, elle se développe surtout de trente-cinq à quarante-cinq ans chez les hommes, et vers l'âge critique chez les femmes ; elle devient beaucoup plus rare chez les vieillards. On a avancé que l'hypochondrie était plus fréquente chez les célibataires que chez les individus mariés ; il est difficile de se prononcer sur l'exactitude de cette assertion.

L'influence des climats a été très diversement appréciée : pendant que Hoffmann et d'autres soutiennent que la fréquence de l'hypochondrie est plus grande dans les pays froids, Van Swieten, Georget, etc., professent tout le contraire ; mais ni les uns ni les autres n'ont dressé des statistiques même approximatives qui puissent faire présumer de quel côté se trouve la vérité. Du reste, si ces statistiques existaient, il resterait à dégager l'influence qui pourrait appartenir au climat, de celle qui dépendrait du genre de vie, de l'éducation, etc.

Ainsi, il est certain qu'une éducation efféminée, que toutes les conditions qui développent outre mesure le sentiment de l'égoïsme, même compris dans un sens favorable, favorisent le développement de l'hypochondrie. On a cru observer aussi que dans les pays qui ont des institutions démocratiques, et où par conséquent les esprits sont plus excités par l'ambition, où l'on voit beaucoup plus que partout ailleurs des changements brusques de position et de fortune, où l'on passe soudainement d'une vie agitée à un repos absolu, l'hypochondrie était bien plus fréquente que chez les nations qui vivent dans des conditions opposées. Quant au passage de la vie active à l'oisiveté, son influence est des plus évidentes ; les anciens militaires, les anciens marins, les anciens commerçants retirés, chez lesquels l'hypochondrie est si fréquente, en sont une preuve irrécusable. Parmi les professions libérales, l'hypochondrie est moins fréquente que dans celles qui précèdent ; mais elle l'est encore beaucoup plus que dans les classes pauvres, qui sont presque entièrement à l'abri de cette affection.

Quelques unes des causes qui précèdent sont à la fois prédisposantes et efficientes ; celles qui ne sont qu'efficientes exclusivement ne sont pas très nombreuses. On doit mettre en première ligne la lecture des livres de médecine par des personnes étrangères à cette science. Viennent ensuite toutes celles qui peuvent affaiblir le physique, et exalter le moral, principalement le sentiment du vrai. Telles sont la masturbation, les veilles, les excès de tout genre, les travaux intellectuels excessifs ; l'exercice de fonctions élevées et surtout la souveraineté. Tous les auteurs ont remarqué avec satisfaction que de toutes les professions, la médecine était celle où l'on compte le moins d'hypochondriaques ; on sait aussi que c'est celle où l'on compte le moins de criminels et de fous ; ce qui prouve que le médecin apprend au contact fréquent des misères humaines, à voir les choses dans leur réalité.

« Il est assurément peu de maladies, dit Georget, pour lesquelles on ait mis autant à contribution les vastes réservoirs de la droguerie et l'art du pharmacien que celle dont nous venons de tracer l'histoire. La raison en est toute simple, c'est que, d'un côté, les médecins n'ayant pas d'idées positives sur son siége et sa nature, au lieu de traiter l'organe essentiellement souffrant, ils ont le plus souvent appliqué leurs remèdes partout où ils ont aperçu quelque désordre, excepté précisément à l'endroit le plus affecté ; de l'autre, les malades veulent à toute force user des remèdes à profusion, et comme ordinairement ils n'en retirent aucun avantage, et que leur maladie dure des années, toute leur vie, ils varient continuellement, s'arrêtant à toutes les recettes prônées, et les abandonnant aussitôt pour recourir à d'autres. Le médecin pourra maintenant, je me plais à le penser, prendre pour guide, dans le traitement de la cérébropathie, des principes sûrs, ne plus faire la médecine tout empirique du symptôme, cher-

cher, au contraire, à remplir des indications curatives bien déterminées ; et comme il ne devra point contrarier trop ouvertement le goût du malade pour l'abondance et la variété des moyens thérapeutiques, sans quoi il verrait ses conseils abandonnés pour ceux de charlatans peu scrupuleux, il saura diriger son choix de manière à ce que ces moyens ne nuisent point à la santé, et forment, pour ainsi dire, une partie du traitement moral si nécessaire dans cette maladie.

» Je me bornerai à exposer un petit nombre de préceptes généraux, à l'aide desquels le médecin pourra facilement pénétrer les détails du traitement de la cérébropathie. Ce chapitre ne finirait pas si l'on voulait faire l'application de ces préceptes aux cas particuliers variables presque à l'infini. D'ailleurs les règles thérapeutiques exposées à l'article du traitement de la cérébropathie spasmodique sont, en général, applicables ici.

» I. Dans un très grand nombre de maladies, les causes occasionnelles ont une action passagère, et doivent influer beaucoup moins qu'on ne le pense encore trop communément sur l'emploi des moyens curatifs ; qu'une pneumonie soit la suite d'un coup d'épée, de l'impression de l'air froid sur la muqueuse bronchique, ou de la sensation du froid, le médecin fera attention bien plutôt à la constitution du sujet, à l'intensité de la maladie, qu'à ces causes pour en diriger le traitement. Dans la cérébropathie, au contraire, les circonstances qui en ont provoqué le développement persistent ordinairement et réclament une attention particulière. Ainsi tant que le cerveau continuera à être excité par un excès de travail, par une affection morale triste, etc., tous les remèdes possibles ne pourraient faire cesser un état incessamment entretenu et augmenté. La première indication à remplir consiste donc à éloigner, ou au moins à affaiblir, si cela se peut, les causes de la maladie. On fera quitter le cabinet à l'homme de lettres, prendre du repos au jeune homme que trop d'amour pour l'étude entraîne dans des veilles continuelles, de la distraction à la personne affligée par des chagrins, des tourments, des inquiétudes ; on fera cesser l'habitude des plaisirs vénériens au masturbateur et au libertin. Si l'on n'a point d'espoir d'obtenir la guérison, soit que le genre de vie s'y oppose absolument ou que la maladie soit chronique et ancienne, on prescrira du moins au malade certaines précautions qui pourront diminuer l'influence des causes qui irritent le cerveau. Ainsi l'homme de lettres aura soin de ne pas se tenir trop longtemps à ses travaux, de reposer de temps en temps son esprit, de se récréer surtout lorsqu'il sent que sa tête devient chaude et brûlante, que sa face est animée, ses yeux vifs et douloureux ; il devra le moins possible s'occuper le soir, avant de se coucher, pour que son cerveau puisse goûter plus facilement le sommeil.

» II. La direction des fonctions cérébrales mérite de fixer particulièrement l'attention du médecin ; il peut produire par ce moyen les plus heureux résultats ou au moins empêcher le mal de faire des progrès. Il n'est peut-être pas de maladie où le traitement appelé moral soit d'une application plus générale que dans la cérébropathie. Le malade évitera les sensations trop vives et trop brusques du froid et de la chaleur, des odeurs pénétrantes, de certaines espèces de musique ; il ne recherchera que le moins possible la sensation vénérienne, qui l'ébranle et l'anéantit, le replonge dans ses rêveries mélancoliques, dans ses accès de tristesse et de désespoir. Tout en évitant les trop fréquentes et trop violentes secousses de la puissance sensoriale, il aura bien soin de ne pas tomber dans un excès opposé, comme cela arrive à certaines vaporeuses qui se tiennent dans des appartements à peine éclairés, tellement isolés, tellement clos, que jamais elles n'entendent aucun bruit ; car il en résulterait que le cerveau ne pourrait plus rapporter l'action des moindres impressions sensoriales, et en serait beaucoup plus désagréablement affecté lorsqu'on ne l'en aurait pas préservé. Faites donc sortir ces vaporeuses de leurs boudoirs et de leurs appartements obscurs impénétrables au son, qu'elles fassent des promenades en plein air. Si cependant le bruit des voitures, les cris, ébranlent trop leur cerveau, elles feront bien de mettre quelques corps dans leurs oreilles pour en affaiblir l'effet sur cet organe.

» Les malades chercheront toutes les situations morales où le calme de l'âme est rarement troublé par ces affections, ces émotions vives qui produisent chez eux de si fâcheux effets. Je connais un malade qui prend de telles précautions dans ce but, qu'il va jusqu'à défendre qu'on lui remette une lettre immédiatement après son dîner, dans la crainte d'en apprendre quelque nouvelle qui pût lui causer de l'inquiétude et troubler sa digestion. Le médecin doit acquérir la confiance de son malade ; qu'il se garde également de lui dire qu'il a le cerveau dérangé, de ne pas écouter avec patience toutes ses plaintes, et de paraître ne pas y ajouter foi ; qu'il satisfasse son imagination par l'administration de remèdes ; qu'il cherche à calmer ses craintes sur l'état présent et à venir de sa santé, en lui faisant voir le bon état de ses fonctions nutritives. Il engagera surtout les parents, les amis et toutes les personnes qui entourent le malade à ne pas le tourmenter en le traitant de malade imaginaire, en lui disant que s'il voulait, s'il ne se laissait pas aller, s'il avait un peu plus de courage, il se porterait bien ; en l'accusant de trop s'écouter, de prendre plaisir à se faire des remèdes, etc. Rien n'affecte autant ces infortunés, si dignes d'intérêt, que de ne paraître prendre aucune part à leurs souffrances, de leur adresser sans cesse des reproches sur leur conduite.

» Les travaux de l'esprit doivent être suspendus ou conduits avec beaucoup de ménagement. Rien n'est plus favorable pour opérer une utile diversion aux idées morbides qui poursuivent le malade, pour reposer l'esprit, que les distractions que procurent des voyages, des occupations à la campagne, des promenades à cheval, des spectacles gais, la fréquentation de sociétés agréables. Il n'est pas rare de voir un malade, qui part pour un voyage, se trouver débarrassé de tous ses maux dès les premiers jours. Mais il ne faut pas se fier à un si prompt succès ; le cerveau a toujours besoin d'un repos de plusieurs mois ou même de plusieurs années, s'il a été beaucoup fatigué étant malade depuis longtemps.

» Les exercices musculaires sont utiles comme moyens de distraction, en détournant le cerveau de ses occupations, et aussi en le fatiguant de manière à rendre plus difficiles ses opérations intellectuelles. Il faut, toutefois, que ces exercices soient pris modérément et seulement jusqu'à une lassitude légère ; au delà ils causeraient de la céphalalgie, des douleurs musculaires qui troubleraient le sommeil et augmenteraient ainsi l'irritation cérébrale. On les conseillera particulièrement à la suite des repas, et pas avant le coucher, qui devra toujours avoir lieu de bonne heure ; les malades se trouveront bien alors d'une promenade récréative ; mais ils éviteront avec soin la solitude dans leurs promenades ; car s'ils sont seuls, leur esprit se livre entièrement à des réflexions accoutumées, sans que les objets extérieurs puissent l'en détourner.

» III. Si la maladie est aiguë, un traitement antiphlogistique plus ou moins actif, suivant le cas, sera mis en usage. Il consistera en saignées ou en applications de sangsues à divers endroits de la tête ou aux parties inférieures, à l'anus, à la vulve, aux cuisses, aux pieds, dans le cas où il existerait une suppression des règles ou d'un écoulement hémorrhoïdal ; en boissons aqueuses abondantes, bains tièdes, applications froides sur la tête, en même temps que le malade se tient dans un bain de pieds ou de siége. Les stimulants cérébraux, tels que café, liqueurs, vin pur, etc., seront proscrits du régime alimentaire. Si elle est chronique, je ne pense pas qu'on doive avoir recours à un traitement de nature opposée ou même différente ; seulement, comme on ne peut ordinairement avoir recours qu'à des moyens palliatifs, la maladie devant presque toujours durer autant que le malade ; il faut en ménager l'emploi, afin de pouvoir y revenir aussi souvent qu'il sera nécessaire de remédier à des accidents, de s'opposer aux progrès du mal.

» IV. Les désordres sympathiques réclament souvent quelques soins particuliers ; le médecin saura surtout diriger son attention vers l'organe le plus affecté, qui paraîtrait atteint d'irritations inflammatoires, de phlegmasies chroniques, et cherchera par des moyens convenables, à faire cesser, à diminuer ce nouveau centre morbide, qui, sans cela, finirait très pro-

bablement par devenir la maladie principale et emporter le malade. Il est cependant bien essentiel qu'il ne s'en laisse pas imposer par une apparence de gravité qui tient entièrement à l'état du cerveau, et qui cesse aussitôt que cet organe recouvre sa santé; c'est ainsi que l'on voit des jeunes gens exténués à la suite de travaux d'esprit ou d'excès vénériens, qui toussent, éprouvent des douleurs de poitrine, crachent le sang, maigrissent, sont pris de fièvre le soir, et chez lesquels quelques mois de repos, un voyage, en rendant le repos au cerveau, font cesser comme par enchantement cette prétendue phthisie, ramènent l'embonpoint et tous les attributs de la santé. Je dis qu'il est important de distinguer un pareil état d'un autre réellement très grave; car, dans le premier cas, les remèdes qu'on emploierait, outre qu'ils feraient oublier les vrais moyens de guérison, pourraient eux-mêmes aggraver la maladie, quelque peu actifs qu'ils fussent.

» Les malades n'ont guère un empire absolu que sur le choix des stimulants fonctionnels de l'estomac, le sang et l'air étant, en général, hors de l'influence de la volonté. Ils auront donc soin de ne pas surcharger cet organe d'aliments, et notamment d'aliments difficiles à digérer, l'espèce de malaise qui suit ordinairement le repas est pour ces personnes très incommode, leur cause quelquefois des accidents; il se développe souvent des gaz qui gonflent l'abdomen et gênent la respiration. Ils s'abstiendront de boire du vin pur; ils feront même bien de s'habituer à ne boire que de l'eau pure ou seulement colorée de vin pour lui ôter sa saveur trop fade; la constipation tourmente presque tous les hypochondriaques; on remédie à cet accident par des boissons légèrement laxatives; par l'usage habituel de lavements simples. Pomme conseille d'employer, pour ces derniers, l'eau froide pure; j'ai obtenu de très bons résultats de ce moyen. Une ou deux pilules drastiques prises plusieurs jours de suite produisent aussi de très bons effets.

» Il est bon de favoriser l'écoulement des hémorrhoïdes chez les malades qui en sont incommodés depuis longtemps. Les irrégularités de l'écoulement menstruel doivent aussi fixer l'attention du médecin; les applications des sangsues vers les parties où cet instrument a lieu doivent être faites quand il est interrompu ou troublé.» (Georget, *Physiol. du syst. nerv.*, 2e partie; *Maladies nerv.*, Paris, 1821, t. II, p. 354.)

Nous pourrions ajouter aux moyens énumérés par Georget une longue liste de remèdes vantés tour à tour comme spécifiques, mais qui, en réalité, ne jouissent d'aucune efficacité.

ARTICLE VII.

Migraine.

On donne le nom de *migraine* à une douleur nerveuse occupant ordinairement la moitié de la tête, et se distinguant des maux de tête ordinaires par le retour périodique des douleurs, par leur caractère même, leur siége, les phénomènes sympathiques dont elles s'accompagnent principalement du côté de l'estomac.

Cette définition toute pathologique ne préjuge en rien les idées qu'on peut se faire de la cause immédiate de la migraine, idées qui ont beaucoup varié; c'est pour cette raison qu'on doit la préférer jusqu'à ce qu'une théorie quelconque se soit établie d'une manière solide.

Anatomie pathologique. — Les diverses explications qu'on a données de la migraine portant à la fois sur l'anatomie pathologique elle-même, se tirant souvent de la symptomatologie, nous sommes obligé de renvoyer au chapitre de la *nature de la maladie* la question de l'anatomie pathologique.

Symptômes, marche, durée. — « La migraine, dit Tissot qui en a parfaitement décrit les caractères, a une marche assez uniforme chez chaque individu, et chez tous, elle est ordinairement moins forte dans le commencement, et devient plus forte au bout de quelques années. Elle se maintient pendant un certain temps dans ce degré de force, et elle s'affaiblit ensuite; mais, à cela près, elle varie beaucoup d'un individu à l'autre, pour la fréquence des retours, pour leur régularité, pour leur longueur et pour leur violence; ce que l'on peut dire de plus général sur la marche de chaque accès, c'est qu'elle attaque volontiers assez brusquement, quelquefois avec un léger sentiment de froid, et alors

les accès sont très souvent plus forts, et ordinairement du même côté; que la douleur ne parvient pas cependant au premier moment à toute sa force; elle n'y arrive ordinairement qu'au bout d'une heure ou d'une heure et demie, et elle reste dans cet état de violence quelques heures. Les malades sont obligés de se coucher : ils sont faibles, ne peuvent ni parler, ni voir, ni entendre; les parties souffrantes ne peuvent soutenir aucun attouchement, l'œil souffrant larmoie quelquefois continuellement, comme s'il y était entré un corps étranger, quelquefois même l'œil est très rouge pendant l'accès; souvent, pendant qu'il dure, les malades voient des traits de feu, des scintillations de fausses images; ils ont des bruits d'oreilles très incommodes. Wepfer a vu les cheveux se dresser dans la violence de l'accès; la douleur se répand quelquefois très fortement jusque sur les dents; et si le spasme est très fort, il gêne tellement tous les organes qui tirent leurs nerfs de la cinquième paire, qu'ils ne peuvent ni ouvrir la bouche, ni articuler nettement. On a vu les artères des tempes et du front extrêmement tendues, et des chaleurs violentes très fortes au visage dans le fort de la douleur. Quelquefois tout le visage enfle à la fin de l'accès, et les parties qui ont été le siége de la douleur conservent une telle sensibilité, qu'on ne peut pas les toucher. On a vu un malade chez qui chaque accès de migraine en amenait un de vapeurs; et un autre chez qui elle laissait une douleur à l'épaule et au bras. Il survient très souvent des vomissements qui soulagent, le mal diminue; le malade tombe quelquefois dans un sommeil doux de quelques heures, et il se réveille avec le sentiment du bien-être.

» Il n'y a point de durée fixe pour les accès. J'en ai vu durer depuis deux heures jusqu'à trente, et même trente-six heures; et dans ce moment je traite un malade âgé d'environ quarante ans, qui vient d'avoir un accès de soixante-seize heures. Pendant dix ou douze ans, il n'avait la migraine que sept ou huit fois par an, elle le prenait constamment dans le sommeil; il était réveillé par un mal d'estomac environ vers les trois ou quatre heures du matin; le mal de tête survenait bientôt, et constamment du côté droit; il durait très fort jusqu'à trois ou quatre heures du soir, alors il commençait à diminuer : à cinq ou six, le malade se portait à merveille. Mais depuis sept ou huit mois, les accès sont successivement fort rapprochés, sans qu'il puisse en assigner aucune cause. Il n'est plus sûr de huit jours de santé; et ce dernier accès de plus de soixante-dix heures de souffrances aiguës, est ce qui l'a déterminé à chercher des remèdes auxquels jusqu'à présent il n'avait pas pensé. Les vomissements n'ont jamais été chez lui qu'une suite de la douleur excessive, et ne le soulageaient pas. La durée la plus ordinaire de cette maladie est entre huit et douze heures. M. Fordyce dit avoir vu des accès de deux jours, et même qui ne finissaient pas; mais ces deux derniers cas, qui ressemblent sans doute à celui dont j'ai donné l'histoire ailleurs, ne me paraissent plus pouvoir être appelés migraine; ils rentrent dans le genre des céphalées. Chez plusieurs femmes la migraine revient avant, quelquefois après les règles, et cela tous les mois; chez d'autres femmes, et chez plusieurs hommes, elle revient à des intervalles plus éloignés : huit, neuf, dix fois par an. Les vraies migraines, qui reviennent plus de trois fois par mois, ou moins de quatre fois par an, sont rares. Mais les détails de quelques cas particuliers, feront mieux connaître l'histoire et la marche de cette singulière maladie.

» J'ai vu un très habile chirurgien, qui avait de la tristesse et de l'humeur quelques jours avant l'accès. A midi, il avait peu d'appétit; et le mal se déclarait ordinairement au coucher du soleil par un froid excessif. Il était obligé de se jeter sur un lit, de se faire extrêmement couvrir, et de se tenir assis, puisque la douleur était telle que sa tête ne pouvait rien toucher; toute lumière, tout bruit, les battements même de sa montre lui étaient insupportables. L'accès durait cinq ou six heures. Il finissait doucement : le malade s'endormait, et le lendemain il se portait à merveille. Sans hérédité, il avait eu des attaques dès l'âge de huit à neuf ans; il en a actuellement soixante-dix. Depuis plusieurs années, les migraines ont fini peu à peu, et il jouit d'une excellente santé et de la plus grande perfection de tous ses

sens. Il n'avait point de vomissement; rien ne le soulageait.

» J'ai vu un autre malade astreint à un genre de vie sédentaire et studieux, qui avait eu aussi la migraine très jeune, mais dont les accès étaient tous au moins de douze heures, et le laissaient extrêmement faible pendant un jour. D'abord éloignés, ils devinrent plus fréquents, et revinrent pendant quelques années tous les mois, puis tous les quinze jours, tous les huit jours, et plus souvent, mais toujours terminés par les vomissements. Environ vers l'âge de soixante ans, ce qui est opposé à la marche ordinaire, ils devinrent si fréquents qu'il ne pouvait plus s'assurer d'être bien deux jours de suite, quoique quelquefois il eût de plus longs intervalles. Il est vrai que les douleurs étaient moins atroces; mais aussi les vomissements étaient moins réguliers, le rétablissement moins complet; et soit ces crises imparfaites, soit l'abus énorme du café à l'eau, soit une vie devenue tout à fait sédentaire, son estomac se dérangea, sa santé s'affaiblit, la migraine redevint rare; et à mesure qu'elle s'éloignait, tous les muscles de son visage entrèrent dans un état convulsif presque continuel; si elle restait plusieurs semaines sans paraître, il avait des attaques très fortes d'étouffement; elle finit presque entièrement les trois ou quatre dernières années de sa vie, mais il fut tout à fait languissant. La migraine est souvent très régulière, et pour le temps des retours, et pour la durée des accès. J'en ai vu souvent revenir tous les trois mois, tous les mois, tous les quinze jours; et un exemple d'une migraine bien régulière est celui du moine romain soigné par Salius, qui le vit pendant trois ans et sept mois avoir tous les lundis à la même heure une violente migraine, qui attaquait constamment le muscle temporal droit, et qui durait au moins vingt-huit et au plus trente heures. Pendant tout ce temps-là, il ne pouvait ni voir la lumière, ni entendre aucun bruit, ni prendre quoi que ce soit sans souffrir beaucoup; l'accès passé, il jouissait à tous égards de la plus parfaite santé.

» La plupart des malades ont ordinairement la migraine du même côté. Chez quelques uns cela varie irrégulièrement, mais j'ai vu une dame chez qui elle variait alternativement, avec la plus grande singularité d'un accès à l'autre; et une autre chez qui elle attaquait presque toujours le même côté; et si quelquefois elle attaquait le côté opposé, elle était toujours moins violente; mais il arrivait souvent qu'elle revenait le lendemain du côté ordinaire. Cette même malade n'était jamais soulagée qu'après avoir vomi, et elle aidait le vomissement par la thériaque; quand il était abondant elle était à merveille après; s'il n'était pas suffisant, elle ne se remettait pas parfaitement jusqu'à une autre attaque. La migraine a presque fini à l'âge de cinquante ans; mais son estomac et ses nerfs sont restés faibles et délicats. Quoique ordinairement la douleur n'occupe exactement qu'un côté de la tête, il arrive, mais rarement, qu'elle attaque tous les deux, mais toujours l'un avec plus de force que l'autre.

» J'ai vu un savant Anglais chez qui elle était toujours présagée, par des rapports acides, très fâcheux; ce qui me rappelait le malade de Willis, chez qui elle était amenée par une faim considérable et des vomissements acides. Et je connais un autre homme, qui s'en est guéri en soupant, et en tenant toujours du pain dans sa poche pour prendre dès qu'il sentait quelque rongement d'estomac. Elle est quelquefois présagée par d'autres accidents : j'ai vu un malade qui avait une espèce de surdité vingt-quatre heures à l'avance, et l'accès lui laissait un peu d'engourdissement dans le côté malade, et était toujours plus fort du côté droit que du côté gauche. Un autre avait de l'aversion pour le tabac plusieurs heures avant l'accès.

» La terminaison par les vomissements n'est pas plus constante que les autres symptômes. On a déjà vu un malade chez qui il se termine de même; mais il arrive aussi quelquefois que le sommeil est un symptôme convulsif; plus ces malades dorment, plus ils sont malades; ce n'est que quand ils sont très éveillés que le mal commence à diminuer.

» J'ai vu une dame qui avait été sujette pendant plusieurs années à cette maladie. et chez qui elle s'était toujours terminée par les sueurs excessivement abondantes des avant-bras et des mains. Ensuite elle

prit à un certain âge des sueurs régulières tous les matins, qui l'en délivrèrent absolument.

» De très violents paroxysmes se terminent quelquefois dans la force de l'âge, par une légère hémorrhagie des narines, par une artériotomie spontanée. Quelquefois aussi, il survient une sueur générale; mais les sueurs ne sont, dans d'autres cas, qu'une suite de l'affaiblissement, et ne soulagent point. J'ai vu une Anglaise sujette, dès l'âge de treize ans, à une forte migraine tous les mois; elle n'en avait été exempte que pendant six mois, après une couche. Quand je la vis, elle avait alors vingt-trois ans, la douleur, depuis quelques mois, revenait tous les huit jours, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre; et depuis quelques semaines elle a, dès qu'elle prend le plus petit mouvement, des sueurs abondantes du côté droit du visage, et souvent des boutons, mais jamais de l'autre côté. On trouve dans un bon recueil d'observations l'histoire d'une dame dont les accès se terminaient par un larmoiement abondant de l'œil malade, et quelquefois par un écoulement abondant de sérosités par la même narine, et alors les migraines, qui revenaient ordinairement toutes les semaines, lui faisaient quartier pour quelques mois.

» Quoique en général la douleur soit si vive que les malades ont besoin du plus absolu repos, j'ai vu deux personnes qui souffrent plus si elles ne peuvent monter en voiture, parce que si elles restent dans l'inaction elles ne vomissent point; au lieu que la voiture abrége l'accès, chez l'une en la faisant vomir, chez l'autre sans opérer d'évacuation; et l'on trouve dans Wepfer l'histoire d'un jeune homme qui souffrait davantage quand il se couchait.

» Le pouls, dans les grandes douleurs, est presque toujours dur et vite; sur la fin il se calme. Je l'ai vu se ralentir avec une promptitude étonnante après le vomissement. Généralement, la migraine attaque dans toutes les saisons, dans tous les temps, à toutes les heures; elle est assez indépendante de beaucoup de circonstances accidentelles, qui déterminent les accès de simples maux de tête; et quand les migraines sont bien réglées, rien n'incommode dans l'entre-deux. Mais chez les personnes qui ont les nerfs délicats, la migraine est quelquefois occasionnée, comme les simples maux de tête, par la chaleur des appartements, par le froid des pieds, par le vin, par les odeurs, par quelques aliments, et surtout par les acides.

» Les douleurs ne sont pas toujours extrêmes, et plusieurs malades les trouvent même assez supportables, moyennant qu'ils jouissent de la plus parfaite tranquillité; car la sensibilité est si grande que tout ce qui les en tire leur est odieux; mais quelquefois elles sont à un point de violence excessif. C. Pison en éprouvait de telles, qu'il croyait que la suture coronale se fendait; et Stalpart van der Viel les a vues se fendre réellement par la violence de la migraine, chez la jardinière d'un comte de Nassau; ce qui suppose dans le crotaphite un spasme d'une force immense, et ce qui ne peut cependant point être révoqué en doute, outre que l'observation de van der Viel porte tous les caractères de la vérité. Fabrice de Hilden l'atteste également de trois ou quatre personnes différentes.

» L'on trouve dans l'histoire des maladies de Breslau, dont l'exactitude est si bien constatée, une observation qui ne peut admettre aucun doute. Nous avons souvent vu dans les violentes migraines des malades se plaindre que leur tête se fendait. Cela n'est pas vrai toutes les fois qu'ils le disent, mais cela l'est cependant quelquefois; et le docteur Grass a une malade, âgée d'environ trente ans, sur laquelle il peut faire voir un écartement considérable de la suture lambdoïde pendant l'extrême violence des douleurs.

» J'ai vu très souvent les muscles du front, des paupières, du visage, dans une espèce de léger mouvement convulsif, et quelquefois ceux de tout le corps s'en ressentent. Aussi, après ces violents accès, les malades sont très fatigués, et éprouvent le sentiment d'une lassitude générale. M. Collini a vu une migraine qui était toujours accompagnée de convulsions dans les bras. J'ai été consulté par une dame chez qui la migraine s'était déclarée après s'être extrêmement fatiguée dans une longue maladie de sa mère, et qui, pendant les accès, ne voyait que la moitié des objets; et dans les violents accès il n'est pas rare

que la violence de la contraction produise un épanchement de sang qui rend la peau du front, des paupières, des joues même, bleue, livide, noire. Tous ces symptômes prouvent évidemment que c'est le genre nerveux qui est affecté, et les observations qui me restent à rapporter le confirmeront. Je commencerai par celle de Pison lui-même. A peine en âge de puberté, dit-il, je fus attaqué, dans le temps que je faisais mes études, d'une migraine très vive, qui, revenant à chaque changement de temps, me tenait plusieurs heures, et ne se dissipait jamais qu'après que j'avais vomi une eau épaisse et de la bile; alors, je m'assoupissais et elle se calmait. Après un voyage en Italie, et surtout après son retour chez lui, les douleurs s'affaiblirent sensiblement; cependant, les vomissements d'eau bilieuse et le penchant au sommeil continuaient à revenir assez périodiquement; et ce qui fut beaucoup plus fâcheux, la migraine se changea en des spasmes cruels des lombes et de tous les muscles du bas-ventre, qui l'attaquaient non seulement aux changements de saison, mais aussi presque à tous les changements de temps, à moins que des sueurs régulières et abondantes, comme cela lui arrivait quelquefois le matin, ne le préservassent. S'étant endormi un jour, en automne, sur un lit de repos, et le soleil étant venu sur sa tête pendant qu'il dormait, il eut une attaque de migraine qui dura plusieurs jours, et qui se termina par une douleur de cou et de dos dont il eut plusieurs retours pendant tout l'hiver. Il rapporte l'histoire d'une autre migraine qui est intéressante, parce qu'elle caractérise parfaitement le genre de maladie auquel la migraine appartient. Une jeune fille, âgée de douze ans, fut tout à coup attaquée d'une migraine très violente, qui occupait l'œil, la tempe et l'oreille du côté gauche; et en même temps elle éprouvait un sentiment de fourmillement qui, commençant par le petit doigt de la main du même côté, gagnant successivement les autres doigts, l'avant-bras, le bras, le cou, lui occasionnait une violente rétraction spasmodique de la tête, et un spasme de mâchoire accompagné d'une faiblesse générale de tout le corps, sans perte de connaissance. Cet accès, véritablement effrayant, se termina par un vomissement d'eau bilieuse. Les accès suivants ne furent jamais si violents. La douleur était principalement forte aux tempes, et laissait un peu d'engourdissement dans le bras et la jambe du même côté, pendant une couple de jours.

» J'ai une consultation pour un officier au service d'Autriche, âgé de trente-deux ans, dont la migraine a aussi des caractères nerveux très marqués. J'ai dès l'âge de neuf ans, ce sont ses termes, une migraine qui, dans les commencements, me prenait environ tous les deux mois, quelquefois plus souvent; j'ai été aussi plus d'une année sans l'avoir. Elle commence par les yeux. Lorsque je m'y attends le moins, je vois tout à coup tout trouble, mais plus d'un côté que de l'autre, comme une personne qui a fixé le soleil. Cela dure environ une dizaine de minutes, ensuite un bras et une jambe du même côté, et un jour d'un côté et un jour de l'autre, s'endorment. J'y sens des frissons, comme s'il y avait des fourmis; je sens la même chose à la bouche et à la langue, et même pendant ce temps-là j'ai bien de la peine à parler. Cela dure environ un demi-quart d'heure; ensuite les douleurs de tête commencent, mais seulement aux tempes, où elles se soutiennent très fortes pendant sept à huit heures. Quand je puis vomir, cela me soulage. La migraine m'attaque en toute saison et à toute heure; la saignée ne me soulage que peu. L'air d'Olmutz, qui est malsain, la rend plus fréquente. Wepfer donne l'histoire d'une migraine qu'il appelle cruelle, et qui paraît en effet l'avoir été, dans laquelle la douleur attaquait tout à coup la paupière inférieure du côté droit; de là, elle se répandait en montant sur la tempe et le front du même côté, et en descendant elle s'étendait tout le long du nez jusqu'à la lèvre, qui était si sensible, qu'on ne pouvait pas la toucher; elle se faisait également sentir avec violence sur les gencives et jusqu'au fond de l'œil, où elle était très vive et accompagnée d'un larmoiement continuel; quelquefois elle se portait jusqu'au sinciput et même à la nuque; en général, elle était presque toujours intolérable; il y avait souvent un mouvement convulsif des lèvres et un gonflement de leurs vaisseaux.

» Willis vit une jeune femme chez qui

la migraine était héréditaire et revenait très fréquemment, et qui, la veille de l'accès, avait toujours une faim vorace et soupait très abondamment; mais le lendemain matin elle était sûre de se réveiller avec un très violent mal de tête, qui était toujours suivi du vomissement d'une humeur extrêmement aigre, ou quelquefois extrêmement amère. M. Juncker a donné l'histoire d'une migraine très singulère, qu'il appelait migraine horaire. Depuis cinq ans, elle n'avait point quitté la malade, qu'elle avait saisie après une couche qui l'avait laissée languissante; elle l'attaquait à toutes les heures du jour et de la nuit, durait un quart d'heure, finissait, revenait à l'heure suivante. Je finirai ces observations par celle de la migraine d'une marquise de Brandebourg, que Van der Linden nous a conservée, et qui, sans avoir rien d'extraordinaire, est intéressante, parce qu'elle présente une des marches les plus ordinaires de cette maladie. La malade, âgée de trente et un ans, d'une taille moyenne, assez délicate, ayant ses règles, ne faisant aucun excès, jouissant d'une assez bonne santé, à quelques attaques d'hypochondrie et quelques fluxions près, ayant quitté le vin parce qu'il lui donnait mal à la tête, éprouvait tous les mois, ordinairement à la veille, quelquefois à la fin de ses règles, une sorte de migraine qui attaquait tantôt un côté, tantôt un autre. Elle commençait toujours par un sentiment de froid, des nausées, et un peu de douleur à l'estomac; elle avait cherché à dissiper ces accidents en se promenant; mais l'exercice les avait constamment augmentés. Le lit diminuait la douleur de tête et le mal d'estomac; mais les nausées accompagnées d'une salivation claire et abondante duraient aussi longtemps que les douleurs, qui finissaient ordinairement au bout de vingt-quatre heures. Alors la malade se levait bien portante et mangeait comme à l'ordinaire; mais, pendant l'accès, les douleurs étaient si vives qu'elle ne pouvait ni parler ni avaler quoi que ce fût, ni faire aucun mouvement. » (Tissot, *Traité des maladies nerveuses*, p. 95.)

Métastases. — Tissot a longuement insisté sur les accidents métastatiques qui peuvent se développer à la suite de la migraine, et bien que sa description nous paraisse un peu exagérée, nous rapporterons néanmoins ce qu'il dit sur ce sujet, comme digne de l'attention des praticiens.

« Plusieurs observations prouvent que les dérangements (1) de la migraine sont presque aussi dangereux que ceux de la goutte, et qu'ils sont ordinairement suivis d'accidents plus ou moins fâcheux. J'ai vu un homme âgé de quarante et quelques années, qui, ayant été sujet aux migraines depuis longtemps, et les ayant perdues sans aucune cause apparente, tomba dans une diarrhée qui l'affaiblissait considérablement. Son estomac était dérangé, sa santé mauvaise, et tout ce qu'on lui avait ordonné ne lui avait fait aucun bien. Un long usage de thériaque des pauvres, ordonné par un habile médecin, rappela les migraines, mais moins régulières et moins fortes; la diarrhée cessa, et les digestions se rétablirent un peu, mais l'estomac n'a jamais repris toutes ses forces, et le malade est resté sujet à des indigestions de temps en temps. J'ai été consulté par une dame de Lyon, âgée d'environ cinquante ans, qui, ayant eu pendant plusieurs années des migraines régulières, les avait perdues, et était sujette depuis ce moment à un véritable asthme convulsif, dont les accès étaient très forts, et dout je reparlerai en traitant de cette maladie; et je viens de revoir une autre femme qui était venue, il y a neuf ans, me consulter pour différents maux qui l'avaient attaquée après une fièvre violente qu'elle avait eue un an auparavant, et depuis laquelle des migraines auxquelles elle était fort sujette auparavant n'étaient point revenues, non plus que les règles. Après trois mois de traitement, les règles reparurent, les migraines ne revinrent que quelques semaines ensuite, et ce ne fut qu'alors que sa santé se remit. Au bout de six mois, elle m'écrivit qu'elle était très bien. Cet état a duré quelques années; mais différentes circonstances ont dès lors occasionné de nouveaux maux, quoique la migraine subsiste très forte tous les mois avant les règles, et souvent dans d'autres temps; et ce sont ces nouveaux dérange-

(1) Il est sans doute inutile de faire remarquer que par dérangement, l'auteur entend dire changement de place ou métastase.

ments de sa santé qui l'ont ramenée. Viridet nous a conservé l'observation d'une femme sujette à la migraine, qui, ayant cessé de l'avoir, ne voyait plus dès ce moment que les bords des objets; leur centre était perdu pour elle, quoique l'œil restât très beau; et Valescas de Tarenta avait déjà vu la cécité suivre la migraine. J'ai vu un homme d'environ quarante ans, sujet pendant longtemps à de violentes migraines, qui, depuis qu'il ne les avait plus, était sujet à des attaques de douleurs très violentes qui lui occasionnaient le sentiment d'une ceinture extrêmement serrée tout autour de la poitrine, et lui gênait excessivement la respiration; et un jeune homme de la même ville, sujet dès son enfance à la migraine, et ne l'ayant plus depuis quelques années, tomba dans une hypochondrie nerveuse, accompagnée d'une inquiétude excessive. Je lui conseillai un traitement doux, mais long. Il le quitta au bout de cinq jours, suivit d'autres directions, et j'appris au bout de quelques mois que la maladie avait singulièrement affecté la tête. J'ai déjà parlé, en donnant l'histoire de la maladie, d'un homme qui, à mesure que les migraines diminuaient, éprouvait des mouvements convulsifs dans le visage et des attaques d'étouffement spasmodique. M. Shobelt vit une malade, qui, ayant dissipé une migraine par beaucoup d'applications répercussives, éprouva un singulier accident : c'était une douleur continuelle de l'épaule et de la clavicule du même côté, avec un tournement continuel de l'humérus, et un bruit comme de bâtons cassés.

» Quelquefois les dérangements de la migraine ont des suites encore plus fâcheuses. Wepfer, Schebleare et d'autres en ont vu résulter la paralysie; et je suis persuadé qu'il n'y a point de médecin attentif qui n'ait eu des occasions de se convaincre par lui-même de cette vérité, qui n'avait pas échappé aux anciens observateurs. Arétée avait déjà vu qu'elle pouvait avoir des suites fâcheuses. Ce n'est point une maladie légère, dit-il, quoiqu'elle ait des intermittences, et que d'abord elle ne paraisse pas forte. Si elle a attaqué tout à coup violemment, elle peut avoir des suites atroces; les nerfs sont dans un état de spasme, le visage se tord, les yeux se roidissent; quelquefois les convulsions peuvent gagner les organes intérieurs. Il va même jusqu'à dire que la mort peut en résulter; mais sans doute les cas où il l'a vu étaient de ces migraines qui dépendent de quelque lésion organique de la tête, et l'erreur était facile dans un temps où l'on cherchait si peu dans les cadavres les causes de la mort. Il est inutile d'accumuler un plus grand nombre de faits pour prouver les dangers de la migraine troublée dans sa marche. Avant que de chercher à les expliquer, j'ajouterai que, sans se déranger, la migraine peut quelquefois avoir des suites fâcheuses par sa violence ou par sa fréquence. On a déjà vu plus haut qu'elle pouvait séparer les sutures; on voit très souvent une ecchymose très forte couvrir toutes les parties qui ont souffert. J'ai vu plusieurs fois que la vue s'affaiblissait sensiblement, et j'ai été consulté par une personne qui l'avait entièrement perdue. On trouve aussi dans les observations d'un médecin allemand du commencement de ce siècle, l'histoire d'une migraine si violente, qu'elle fit perdre l'œil du même côté, et enfin y produisit un si grand épanchement de sang, qu'il creva. La diminution de la mémoire en est aussi une suite, et, en général, la migraine étant un spasme violent et douloureux, peut entraîner toutes les suites de la douleur et du spasme. M. Fordyce a vu le muscle crotaphite, qui est presque toujours le siége de la douleur, maigrir, et cela est très naturel. Quelquefois le spasme s'étendant à d'autres parties, toutes peuvent tomber dans des accidents convulsifs. M. de Haen a vu un homme de cinquante ans, qui, après la migraine, tomba dans d'horribles convulsions du visage, qui l'attaquaient vingt à trente fois par jour, et sa mémoire s'affaiblit à un tel point, que, quoiqu'il reconnût tous ceux qui l'approchaient et toutes les choses qu'il voyait, il ne pouvait point les nommer; il balbutiait tout ce qu'il voulait dire, et si on lui demandait quelque chose en français ou en italien, il ne pouvait, contre sa coutume, répondre qu'en allemand. La malade de Willis dont j'ai parlé plus haut, qui était sujette à la migraine dès son enfance, l'ayant négligée, devint sujette à différents accidents paralytiques et con-

vulsifs ; et l'une des suites les plus ordinaires quand les attaques deviennent trop fréquentes, c'est de détruire entièrement l'estomac, d'ôter le sommeil, d'affaiblir, de rendre triste, de diminuer réellement les facultés, de donner de l'humeur ; en un mot, de rendre l'existence misérable. Wepfer vit une malade qui, dès qu'elle eut la migraine, perdit une partie de l'ouïe, et en même temps pâlit et maigrit singulièrement. Mais peut-être qu'il faut regarder ces deux accidents moins comme des suites de la migraine que comme des effets de la même cause, le dérangement de l'estomac. Une autre perdit l'odorat, et sa vue s'affaiblit considérablement, ce qui paraît dépendre plus rarement que les accidents précédents de la lésion locale des nerfs. Tous ces faits prouvent que le traitement de la migraine mérite plus d'attention qu'on ne lui en donne ordinairement. Je m'en occuperai après avoir cherché à expliquer pourquoi celle qui disparaît laisse quelquefois des suites si fâcheuses.

» On comprend aisément comment une maladie cutanée répercutée ou une évacuation habituelle supprimée peuvent produire d'autres maladies et déranger considérablement la santé. Il n'est pas aussi aisé de saisir d'abord pourquoi il est si dangereux de perdre une maladie qui n'est que douloureuse, et qui, paraissant ne dépendre que d'une irritation sympathique, n'est pas dans le cas des douleurs humorales, telles que la goutte ou le rhumatisme ; peut-être même que plusieurs médecins ont observé ces changements sans chercher à s'en rendre compte.

» Voici, je crois, ce que l'on peut dire de plus simple sur ce phénomène. Ce n'est pas de perdre la douleur, qui est un mal ; ce serait, au contraire, un bien que de n'avoir plus la migraine, si l'on en détruisait la cause ; mais la migraine étant l'effet d'une cause maladive qui reste dans l'estomac, si la douleur de tête passe, c'est une preuve, ou que l'action sympathique de l'estomac s'affaiblit avant que l'âge amène cet affaiblissement, c'est une preuve de dérangement ; ou que cette action porte sur quelque autre partie ; et si cette partie est un nerf de quelque organe interne, les désordres qui en résultent sont bien plus fâcheux que la migraine. Ainsi c'est un vrai malheur que de ne plus l'avoir ; et comme les plus fortes sympathies actives de l'estomac sont avec les nerfs qui se distribuent à la tête et avec ceux qui se distribuent à la poitrine, on comprend pourquoi il en résultera souvent des maladies graves de la tête ou de la poitrine, et surtout des asthmes et des oppressions.

» Une seconde remarque, c'est que ces vomissements qui terminent souvent la migraine si complétement, et qui, quand ils manquent, laissent la santé moins ferme, doivent être regardés comme une espèce de crise, qui, en secouant l'estomac et tous les viscères, les dégorge, les débarrasse, leur rend toute la liberté des fonctions, qui est très souvent un peu altérée par les mêmes causes qui produisent les retours de la migraine. On a vu plus haut dans plusieurs observations, que la migraine est souvent présagée par des symptômes maladifs qui prouvent que différents viscères ont souffert ; et, en effet, on doit comprendre aisément que puisqu'il y a dans l'estomac un dérangement qui peut opérer un effet aussi marqué que la migraine, il est fort à présumer que différents autres nerfs (l'estomac tient à un si grand nombre) peuvent aussi être dans un état de souffrance quelque temps à l'avance. Aussi c'est un grand bien quand l'effet maladif principal vient à produire sur l'estomac une action qui opère une crise. Lors même qu'il ne survient pas de vomissements, la migraine peut être utile par la diète à laquelle elle force, par l'augmentation dans l'action des vaisseaux, par les sueurs, par les crachats. Quand ces dégagements n'ont pas lieu, les embarras subsistent, les fonctions de l'estomac et celles de tous les autres viscères languissent, et il en résulte quelquefois des obstructions, que l'on attribue mal à propos au déplacement de l'humeur de la migraine. Ainsi on peut dire que quand la migraine se dérange, c'est preuve que l'action sympathique de l'estomac se porte sur les nerfs, ou parce qu'étant affaiblie, elle ne s'exerce plus d'une façon marquée sur aucun viscère, mais tous les nerfs souffrent.

» Une troisième observation, c'est que la migraine peut être dérangée ou par des causes qui agissent sur les parties de la

tête ou qui en étaient le siége. C'est ainsi qu'on l'a vue se dissiper par une brûlure de cette partie, qui changea l'état des nerfs qui étaient affectés dans l'accès ; ou par des causes qui agissent sur l'estomac, ou par celles qui agissent sur toute la machine, comme cela arriva chez la dame qui la perdit après une fièvre; ou enfin par celles qui, en agissant sur quelque organe particulier, y déterminent l'action sympathique de l'estomac.

» Après les maladies aiguës, la migraine paraît quelquefois suspendue pendant plusieurs mois, et si tout va bien d'ailleurs, il ne faut point s'en alarmer; ou elle reparaîtra quand les forces seront complétement revenues, ou il peut arriver quelques changements heureux, qui en ont détruit la cause. On a vu des exemples. Et comme il arrive souvent qu'après une maladie aiguë bien conduite, l'estomac acquiert des forces qu'il n'avait pas auparavant, on comprend que la cessation de la migraine peut être la suite de ce changement.

» Si la migraine cesse dans la vieillesse avec l'âge, c'est parce que les maux des nerfs diminuent volontiers à cet âge, que les sympathies sont moins fortes, qu'on observe plus de sobriété, qu'on donne plus d'attention au choix des aliments, qu'on se permet moins d'excès en tout genre. D'ailleurs elle ne cesse pas toujours chez les vieillards; et quelquefois, si elle cesse, ils en sont incommodés. La migraine finit chez quelques personnes quand elles sont attaquées de la goutte; cette maladie délivre alors de la première. M. Junker regarde cette marche comme très naturelle; je ne l'ai cependant pas vue souvent.

» Si la migraine est remplacée par d'autres maladies, il peut aussi arriver qu'elle les remplace: et Wepfer parle d'un homme qui, dès son enfance, avait été sujet à des vertiges journaliers, quelquefois très forts, et qui, ayant été guéri à l'âge de trente-huit ans, fut presque immédiatement attaqué de la migraine. » (Tissot, *loc. cit.*, p. 333.)

Dans ce chapitre où Tissot ne se proposait de parler que des métastases, il a assez longuement parlé de la marche et des terminaisons de la maladie pour qu'il soit inutile d'y revenir, non plus que sur le pronostic qui découle trop naturellement de ces détails. Nous pouvons donc aborder un autre point de l'histoire de cette singulière maladie.

Causes. — La migraine est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme; et comme elle est aussi très souvent héréditaire, il semble permis de conclure que la constitution et la conformation primitive du système nerveux prédisposent à cette espèce de névrose. L'on serait quelquefois très embarrassé pour saisir les causes qui provoquent chaque accès de migraine. L'influence des saisons est peu marquée; cependant un excès d'électricité atmosphérique ramène presque toujours l'attaque chez certaines personnes; d'autres sont sûres d'être affectées de migraine chaque fois qu'elles passent un trop long temps sans prendre de nourriture; chaque fois qu'elles boivent certaines espèces de vins, qu'elles mangent des poissons ou des viandes qui ne conviennent point à leur estomac, qu'elles s'abandonnent trop longtemps au sommeil; chaque fois qu'immédiatement après le repas elles s'appliquent à un travail intellectuel assidu; qu'elles demeurent longtemps sans aller à la garde-robe, sans perdre de sang par le flux hémorrhoïdal ; chaque fois qu'elles fréquentent une assemblée nombreuse et bruyante. Les ouvriers qui manient les métaux sont très exposés aux attaques d'hémicranie. La plupart des causes accidentelles que nous venons de signaler agissent par la voie de conducteurs nerveux sur la masse encéphalique, et probablement elles agissent ensuite d'une manière consécutive sur les filets nerveux répandus dans les muscles de la face et du crâne, où siége, en partie, la migraine. Cette maladie est donc souvent occasionnée par une lésion viscérale placée loin de la tête. L'on a vu la migraine se déclarer parce qu'une collection de pus, un ulcère s'étaient formés dans le sinus maxillaire; qu'une larve d'œstre s'était introduite dans le sinus ethmoïdal, qu'un filet nerveux était agacé par une dent cariée. Il importe beaucoup, dans les cas de ce genre, de ne pas confondre l'accident primitif avec la modification de tissu à laquelle la migraine emprunte son expression symptomatique. Mais aller si loin dans l'étude des causes immédiates, c'est déjà entamer la discussion de la nature, de la cause immédiate

et de l'anatomie pathologique de la maladie, question extrêmement connexe.

Cause immédiate ou nature de la maladie. — Tissot a traité ce sujet d'une manière à peu près complète, tant au point de vue historique qu'au point de vue dogmatique.

« Pison l'attribuait, comme toutes les maladies dont il traite, au dépôt d'une sérosité âcre, et Willis à un vice des esprits animaux. L'opinion de Pison, qui était aussi celle de Wepfer et de plusieurs autres médecins, ne peut pas se soutenir, et celle de Willis n'est pas constamment vraie. Nicolas Pison paraît avoir vu la cause de cette maladie plus complétement que son fils, sans doute parce qu'il n'avait point de système. Il dit bien que quelquefois elle dépend d'une sérosité âcre, mais le plus souvent du consensus avec l'estomac et les autres viscères du bas-ventre ; et il a remarqué le premier, si je ne me trompe pas, que chez les personnes qui allaitent, elle dépend du consensus avec les seins, où quelquefois le lait s'amasse ou s'altère. Comme c'est de la connaissance de la cause que l'on peut espérer de tirer des règles pour la guérison, il est important de la bien déterminer.

» Les raisons qui prouvent que l'estomac est la cause première des migraines et que cette maladie est presque toujours sympathique, sont : 1° Les observations constantes des personnes qui ont la migraine et des médecins qui les observent. Tous les malades remarquent que leur estomac est moins bien aux approches de la migraine ; que s'ils le ménagent, les migraines sont plus rares ; que s'ils prennent quelque chose qui le dérange, elles sont plus fortes et plus fréquentes. Les médecins qui suivent attentivement l'histoire de la maladie vérifient la même chose tous les jours, et l'ont toujours remarqué. On doit croire que Cœlius Aurelianus avait déjà vu qu'elle venait de l'estomac, puisque dans le traitement il fait quelquefois vomir ; et Alexandre de Tralles est positif : s'il admet une migraine locale, il désigne plus particulièrement celle qui dépend du consensus de l'estomac.

» 2° Les personnes sujettes à la migraine et à des dérangements d'estomac, sentent la migraine se dissiper à mesure que l'estomac se rétablit. Feu M. Haller, qui avait dans sa jeunesse l'estomac mauvais, et qui éprouvait des migraines fréquentes, ayant renoncé à l'usage du vin, sentit son estomac se rétablir et perdit les migraines. J'ai parlé plus haut d'un malade qui les perdit en soupant.

» 3° Les causes qui augmentent les autres maux de tête n'influent point aussi souvent sur les migraines, mais tout ce qui dérange l'estomac les produit.

» 4° Ce n'est presque que les stomachiques qui guérissent les migraines.

» 5° Presque toujours, au moment où l'estomac s'est débarrassé, les douleurs paraissent, et l'on a vu les malades prévenir les attaques des migraines par de légers émétiques ou par des purgatifs répétés de temps en temps. Bianchi parle d'un homme qui, toutes les fois qu'il se fâchait, éprouvait une violente migraine, que des vomissements bilieux terminaient au bout de quelques heures. Borelli a aussi vu un homme attaqué d'une forte et opiniâtre migraine, qui cessait au moment même où il avait rendu des matières fort âcres. Et M. Van Swieten a vu plusieurs malades sujets à de fortes migraines périodiques que des vomissements bilieux terminaient sur-le-champ, et que l'on peut prévenir en donnant des laxatifs avant que les matières soient amassées ; et Rivière avait déjà remarqué que les migraines qui accompagnaient les accès d'une fièvre tierce finissaient après avoir donné un émétique, qui, sans emporter la fièvre, avait considérablement évacué l'estomac.

» Après toutes ces observations, on ne peut plus douter que la plus grande partie des migraines ne soit la suite d'une cause irritante dans l'estomac, qui agit sur les rameaux des nerfs qui se distribuent à la partie antérieure et latérale de la tête, et qui paraît principalement agir sur toutes les ramifications du rameau supra-orbitaire, et de la cinquième paire ; et M. Van Swieten avait connu un homme dont la migraine commençait toujours par le tronc de ce rameau, dans l'endroit où il sortait du trou sus-orbitaire ; et de là la douleur se répandait sur toutes ses ramifications. J'ai eu un ami assez bon anatomiste qui éprouvait la même chose dans des accès de migraine très forts, mais très rares. Il m'assurait qu'il aurait pu dessiner le nerf

d'après sa douleur ; mais il lui trouvait bien plus de ramifications que l'on n'en démontre ordinairement. M. Monro avait très bien vu que tous les rameaux de ce nerf sont le siége de la migraine ; car, dit-il, le front souffre, l'œil éprouve aussi de vives douleurs et est comme serré ; les paupières sont fermées convulsivement, les larmes coulent, et l'on sent une chaleur inquiétante dans les narines.

» Il est donc vraisemblable qu'il se forme peu à peu un foyer d'irritation dans l'estomac, et que quand il est parvenu à un certain point, l'irritation est assez forte pour donner de vives douleurs à toutes les ramifications du nerf sus-orbitaire. Ce phénomène d'une partie qui souffre pour une autre est fort étonnant sans doute, mais il rentre dans la classe des phénomènes sympathiques que j'ai cherché à expliquer plus haut. On a vu des malades à qui des dérangements d'estomac occasionnaient, en irritant différents nerfs, des dérangements dans la vue, des surdités, des éruptions cutanées, des douleurs dans toute la peau, des oppressions, des toux, etc., sans que l'estomac parût souffrir. Les migraines sont une maladie du même genre : elles diffèrent par les symptômes, mais non point par la cause première. Tous les symptômes d'extrême sensibilité à toutes les impressions, ceux de convulsibilité, les convulsions mêmes, les vomissements, l'engourdissement, la perte de mémoire qui accompagne un violent accès, ou sont la suite d'accès souvent répétés, s'expliquent très aisément par cette loi, que l'irritation d'un nerf se communique aisément à tous les autres, et surtout à ceux avec qui il a des connexions plus particulières, et que les nerfs irrités s'affaiblissent. Si, par suite des lois du consensus, l'état de l'estomac fait souffrir tous les rameaux du sus-orbitaire, l'extrême irritation de ce nerf peut, par une suite de ces mêmes lois, déterminer le vomissement, et ce vomissement devient le remède, qui, par un cercle admirable, naît du mal même ; la violence de la douleur fait finir sa cause.

» Si l'on fait attention à toutes les circonstances qui peuvent apporter des différences dans la première formation de la cause, à celles qui peuvent en retarder ou en hâter les effets, à celles qui peuvent influer sur l'aptitude des nerfs à être plus ou moins affectés, on se rendra raison de la variété des symptômes que présentent les différentes migraines. Toutes les causes qui hâteront le dérangement de l'estomac ou celles qui le retarderont, toutes celles qui rendront les nerfs plus délicats ou qui les maintiendront dans un état de force, rendront les attaques plus fréquentes ou plus rares, plus fortes ou plus faibles ; et l'on comprend par là comment les aliments, les boissons, le mouvement, l'inaction, le trop de sommeil, les passions, surtout la colère et le chagrin, les évacuations, les variations des saisons, auront nécessairement des influences marquées, à moins que ce ne soit sur des tempéraments si forts, que peu de causes accidentelles peuvent agir sur eux. Les changements qui arrivent chez les femmes et dans les fonctions de l'estomac, et dans celles du genre nerveux à l'époque des règles, rendent très naturels les retours de migraine à cette époque : et il n'est point surprenant que les hémorrhoïdes aient aussi beaucoup d'influence sur cette maladie, et que quelques hommes aient la migraine avant les hémorrhoïdes, comme les femmes avant les règles ou quand elles sont supprimées : ce qui nous conduit à remarquer qu'elle peut aussi quelquefois dépendre d'une autre cause que le dérangement de l'estomac. Il y a même des médecins qui nient qu'elle en dépende jamais, et cette opinion, quoique erronée, doit cependant être connue.

» M. Fordyce ne la croit pas sympathique, ni produite par un vice des premières voies ; mais la regarde comme idiopathique, parce que, dit-il, l'on a souvent la migraine sans aucun symptôme de dérangement d'estomac ; mais c'est un des caractères des maladies sympathiques de ne se faire souvent point apercevoir dans leur premier foyer ; et si elle est quelquefois épidémique, c'est quand elle est symptôme d'une fièvre d'accès, comme celle que j'éprouvai moi-même, et comme celle qu'observa M. Schobelt, qui revenait très périodiquement à la même heure, de deux nuits l'une, et qui se termina par des sueurs.

» M. Schobelt, qui a aussi donné un petit ouvrage sur cette maladie, l'envisage comme une douleur de rhumatisme. Mais

en comparant attentivement l'histoire de la migraine et celle du rhumatisme, il me paraît qu'il est difficile d'adopter cette idée. Il est vrai que quelquefois l'humeur de rhumatisme peut se porter sur cette partie, comme sur toute autre. Je l'ai vu moi-même, et dans ce cas, on peut appeler cette douleur migraine; mais je crois que tous les médecins qui l'auront observée auront vu, comme moi, que, quoiqu'elle occupe la même place que la migraine, elle a des symptômes fort différents; et l'on ne peut pas regarder comme la vraie migraine celle de cette femme qui était sujette depuis longtemps à des douleurs arthritiques vagues, chez qui elles se fixèrent sur la moitié droite de la tête, où elles restèrent plusieurs mois, et qu'elles quittèrent une nuit, parce que, étant en sueur, elle sentit un air froid, pour se porter sur l'œil, dont elle ne vit plus rien le matin. Il me paraît qu'appeler cette maladie une migraine, c'est réellement un abus des mots, tout comme si l'on appelait pleurésie la douleur que cette même humeur portée sur le deltoïde ou le grand pectoral pourrait y produire; c'est une douleur dans la même place, mais ce n'est pas la même maladie. On trouve dans Manget une migraine de cette espèce. Une femme, dit-il, se plaignait d'une migraine du côté droit; la saignée et ensuite des pilules céphaliques ne lui firent aucun bien; elle disait qu'elle éprouvait un vertige à chaque mouvement de tête, et qu'elle sentait comme une vessie pleine d'eau. On lui appliqua des vésicatoires derrière les oreilles, et on lui mit des tentes trempées dans un esprit volatil dans les narines; il se fit un écoulement prodigieux de matières séreuses, et elle fut guérie. On voit là évidemment une simple douleur de rhumatisme. C'est encore peut-être à une douleur rhumatismale qu'il faut attribuer une migraine dont parle Fabrice de Hilden, qui dura onze ans, devenant toujours plus forte et plus rapprochée dans ses accès, et se portant sur toutes les parties d'un seul côté de la tête, la joue, la lèvre, le menton, l'œil, l'oreille, le muscle temporal, sans fièvre, sans dérangement d'estomac, et qui résista à tous les remèdes et ne céda qu'à un séton. Mais je passe à une cause plus vraie de la migraine: c'est la pléthore, qui certainement la produit quelquefois.

» On a vu plus haut qu'elle avait été radicalement guérie par une artériotomie spontanée, qui ne pouvait remédier qu'à un état de pléthore. J'ai vu un jeune homme qui en eut plusieurs attaques depuis douze ans jusqu'à seize. A cette époque, il lui prit de fréquents saignements du nez, et la migraine disparut; à dix-neuf ans, les saignements cessèrent et les migraines revinrent; mais au bout de six mois, les saignements ayant reparu, les migraines finirent. Quelques années après, les hémorrhagies se ralentissaient beaucoup, sans que les migraines revinssent; depuis lors je l'ai perdu de vue. J'ai vu d'autres personnes que des saignées faites pour d'autres circonstances préservaient de la migraine pendant un certain temps. Fabrice de Hilden parle d'un homme que la violence de la douleur força de faire saigner dans le paroxysme, qui non seulement fut d'abord soulagé, mais qui se trouva beaucoup mieux dans la suite. Plusieurs autres observations semblables ne permettent pas de douter que la pléthore ne puisse quelquefois occasionner cette maladie, et il sera toujours aisé de s'en assurer par le tempérament du malade, par l'état de son estomac, par celui de son pouls, par l'examen des causes qui déterminent l'accès ou qui le soulagent.

» La migraine peut-elle encore être l'effet, comme Pison et d'autres l'ont pensé, d'une sérosité âcre qui se porte sur cette partie? Peut-elle être une maladie catarrhale? C'est ce qui me paraît très douteux. On voit bien, il est vrai, quelques maladies de cette espèce assez périodiques, assez régulières, et j'en ai cité des exemples plus haut. Une humeur âcre de transpiration arrêtée se jette souvent avec assez de régularité sur telle ou telle partie; on voit des fluxions sur les yeux, le nez, les oreilles, les dents, la gorge, la poitrine, qui ont leur temps, leur durée; mais je n'en ai jamais vu qui eussent cette exacte régularité, cette parfaite uniformité, cette durée toujours constante qui caractérise la migraine, et surtout jamais cette espèce de douleur qui n'appartient qu'à la migraine, jamais cette attaque aussi prompte, cette durée quelquefois si courte,

cette terminaison aussi subite. Ce n'est jamais par des vomissements qu'elles se terminent, et leur terminaison est toujours longue, tédieuse, les récidives plus faciles; en un mot, l'examen attentif des maladies catarrhales et de la migraine ne permet point de les regarder comme de la même classe.

» Il y a aussi quelques autres causes qui peuvent occasionner des douleurs très fortes, et quelquefois très opiniâtres et presque continues; d'autres fois périodiques dans les mêmes parties qui sont le siége de la migraine, et j'en parlerai à la fin de ce chapitre. Mais ceux qui les ont observées attentivement savent combien peu elles ressemblent à la véritable migraine, et combien on se tromperait en les regardant comme telles; ce n'est non plus la migraine que les violentes douleurs qu'un érysipèle, un furoncle, un anthrax, un abcès à la cuisse occasionneraient dans cette partie ne sont une sciatique: c'est une douleur d'un côté de la tête, et rien de plus.

» Quelles sont les causes éloignées de la migraine? Il paraît que ce sont le plus ordinairement toutes celles qui peuvent affaiblir l'estomac. Ainsi quand on n'a pas cette mauvaise disposition dès l'enfance, elle peut être la suite: 1° Des erreurs de régime dans l'enfance, surtout du trop d'aliments, et d'aliments trop nourrissants; 2° des excès dans le manger dans un âge plus avancé, et de ceux dans le boire; 3° des travaux de l'esprit trop soutenus; 4° des veilles; 5° des passions, surtout du chagrin; 6° quelquefois même de l'air. Il y en a dans lesquelles on a beaucoup moins d'appétit, et dans lesquelles les digestions sont pénibles; et souvent dans ces cas-là, des personnes qui ne connaissaient point ou presque point la migraine, en éprouvent de très fréquentes. On pourrait ajouter: 7° quelques évacuations habituelles, ou même quelque éruption supprimée. Wepfer fut consulté pour une religieuse qui ne fut attaquée de la migraine qu'à quarante-huit ans, et qui depuis la première attaque ne revit plus ses règles. On voit par tout ce que je viens de dire, que la migraine proprement dite est quelquefois, mais rarement, une maladie pléthorique; peut-être, mais plus rarement encore, une maladie catarrhale et rhumatismale, et que, presque toujours, elle a sa cause dans l'estomac. Je devrais actuellement m'occuper du traitement, si elle n'offrait un caractère essentiel que j'ai déjà indiqué, mais dont je n'ai pas fait entrer le développement dans son histoire, parce qu'il m'a paru mériter un article à part. C'est que la migraine est une de ces maladies critiques qu'il ne faut point chercher à dissiper trop légèrement, puisqu'alors il en résulte quelquefois des maux plus dangereux. » (Tissot, *loc. cit.*, p. 117.)

M. Calmeil dégageant la question de cette quantité innombrable de mots et de vagues explications, s'exprime ainsi sur la cause immédiate de la migraine.

« Il s'en faut beaucoup, dit M. Calmeil, que l'on s'accorde sur le siége de l'altération nerveuse qui donne lieu à la migraine. Quelques auteurs attribuent ce genre de douleur à une lésion partielle et intermittente de la substance encéphalique; d'autres l'attribuent à une lésion locale des méninges, du péricrâne, du cuir chevelu. Un grand nombre de médecins sont portés à penser que la migraine a son siége dans l'iris, dans les nerfs qui traversent le sourcil, les paupières, la peau du front; de sorte que la migraine appartiendrait à la classe des névralgies, et quelques ramifications nerveuses appartenant à la cinquième paire seraient surtout affectées. Il est positif que quelquefois la douleur dessine assez exactement le trajet de certains rameaux nerveux; mais les faits de ce genre sont loin d'être les plus nombreux, et le mal semble quelquefois aussi résider dans l'intérieur de la tête; l'on peut ajouter que la douleur ne constitue pas à elle seule toute la maladie. Il faut apparemment tenir compte aussi de l'état de la sensibilité morale, des aberrations des facultés intellectuelles et affectives, de l'affaiblissement qu'éprouve souvent la mémoire. En définitive, il paraît rationnel de conclure que généralement la migraine se rattache à une lésion double et simultanée du système nerveux central et périphérique, et que la cause matérielle prédomine tantôt à l'intérieur, tantôt à l'extérieur de la cavité crânienne; bien entendu que le désordre peut affecter divers points du cerveau, différentes branches des conducteurs ner-

veux. Et s'il est vrai, comme tout porte à l'établir, que le nerf facial préside seul aux mouvements des principaux muscles du visage, lorsque la migraine se complique de convulsions locales, la portion dure de la septième paire doit être lésée de son côté. Quant à la filiation qu'observe la nature en enchaînant les unes aux autres toutes les altérations indiquées ici par le raisonnement, qui ne juge qu'on ne peut les deviner qu'en tenant un compte exact du moment où chaque symptôme commence à devenir appréciable pour nos sens? Or, les douleurs névralgiques et les phénomènes cérébraux sont presque constamment simultanés; les phénomènes spasmodiques éclatent en général au moment du paroxysme; les accidents gastriques éclatent sur la fin ou au début de l'accès. Pour l'ordinaire, l'encéphale et la branche ophthalmique de la cinquième paire sont donc pris à peu près en même temps; le nerf facial s'affecte plus tard; le système nerveux gastrique tantôt avant, tantôt après l'encéphale et les nerfs qui président à la sensibilité de la face. Les éblouissements, les illusions de la vue, qui attirent l'attention des praticiens depuis quelques années et qui les portent à admettre une migraine irienne, ne méritent pas l'importance qu'on semble vouloir y attacher. Ces accidents, comme beaucoup d'autres, sont purement ou en grande partie cérébraux.

» Nous n'avons aucune idée positive sur la nature des désordres qui donnent lieu à l'ensemble des symptômes qui caractérisent la migraine. Il existe évidemment sur quelques sujets une hypérémie locale très prononcée. L'injection de la conjonctive, la chaleur de la face, le gonflement du cuir chevelu, les battements artériels, la fréquence des hémorrhagies locales spontanées, indiquent suffisamment qu'il s'opère pendant l'attaque une fluxion sanguine très active vers les parties malades. Mais en supposant qu'elle soit constante, cette accumulation de sang, qui se dissipe si rapidement, qui n'offre ni les caractères d'une phlegmasie aiguë, ni ceux d'une simple congestion sanguine ordinaire, suffit-elle pour expliquer d'une manière satisfaisante la spécialité des accidents nerveux dont nous avons donné la description? Ne doit-on pas plutôt considérer l'afflux du sang lui-même comme un effet concomitant d'un trouble inconnu de l'innervation, trouble qui est ensuite augmenté par la stase sanguine des tissus? Cette dernière manière de voir me semble la mieux fondée. Je ne crois pas devoir réfuter sérieusement l'opinion des pathologistes qui font dépendre immédiatement la migraine de la présence d'un ulcère ou d'une tumeur de la dure-mère, d'une inflammation périodique, d'une hydropisie de la pie-mère, d'un coryza, d'une maladie des sinus maxillaires ou frontaux, ayant déjà établi, en parlant de l'action des causes qui donnent lieu à la migraine, que la plupart des désordres qui nous frappent le plus sur les sujets qui ont été longtemps exposés à l'hémicrânie, n'ont pu agir qu'à la manière des causes indirectes, c'est-à-dire en faisant surgir dans le système nerveux un dérangement spécial dont nous avons indiqué le siége probable; mais ce désordre secondaire sera d'autant plus facile à apprécier qu'il doit se dissiper avec l'accès de migraine, et que rarement la mort survient au moment où l'homme est en proie aux douleurs de cette affection. » (Calmeil, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XX, p. 6.)

Nous ne pouvons passer ici sous silence une explication ou une théorie qui se rattache à l'une de celles énoncées dans la citation de Tissot, mais qui s'en distingue essentiellement par la précision avec laquelle l'auteur l'a présentée, et par l'habileté avec laquelle il a cherché à en démontrer l'exactitude. Cette théorie est de M. Auzias. Voici comment il s'exprime :

« La *migraine* est une douleur de tête qui résulte de la compression du nerf trijumeau et plus particulièrement de sa branche ophthalmique, par du sang accumulé, sous l'influence de causes très diverses, dans les sinus de la base du crâne et spécialement dans le sinus caverneux.

» Cette définition précise exclut, comme étant distinctes de la migraine, des douleurs qu'on a souvent confondues avec elle, tandis qu'elle fait entrer dans l'acception du mot *migraine* d'autres douleurs qui ne sont pas bornées à un seul côté de la tête. C'est qu'en effet, contrairement au sens étymologique et usuel de ce mot, de vraies douleurs de migraine, c'est-à-dire des douleurs dépendant d'une seule et même cause (celle

que je signale), et présentant les mêmes caractères, occupent tantôt une partie plus ou moins étendue et plus ou moins nettement circonscrite d'un côté de la tête, et envahissent tantôt plus ou moins complétement les deux côtés de la tête. Il est même de ces douleurs qui, pendant un seul accès, se généralisent et se localisent, se *latéralisent*, si je puis dire, alternativement.

» Cette définition de la migraine est bonne, si la théorie, dont elle est l'expression, est elle-même l'expression des faits. Or, je ne pense pas qu'aucun fait bien constaté soit réfractaire à cette théorie. Je ne puis, dans une courte lecture, que présenter le résumé de mes recherches sous forme de propositions. Je diviserai ces propositions en deux groupes : 1° Celui des faits et des raisonnements sur lesquels s'appuie la théorie que j'annonce ; 2° celui des objections qui lui ont été faites.

» *Premier groupe de faits ou preuves de la théorie.*

» 1° Des trois branches du nerf trijumeau, la branche ophthalmique et ses ramifications sont le siége principal de la migraine. Or, cette branche et ses ramifications sont situées dans la paroi externe du sinus caverneux à laquelle les unissent des adhérences vasculaires, et y sont séparées du sang renfermé dans ce sinus par une lame très mince.

» 2° Néanmoins les branches maxillaires supérieure et inférieure du trijumeau sont quelquefois le siége de douleurs hémicraniques, surtout lorsqu'un mouvement de la tête en arrière tend à déplacer celles qui occupent le département de l'ophthalmique. Ce mouvement dirige le sang du sinus caverneux dans un plexus veineux, que j'ai décrit sous le nom de *sus-pétro-sphénoïdal*, à cause de sa situation, et vers l'extrémité antérieure du sinus pétreux supérieur et du sinus pétreux inférieur. Or, ces deux extrémités de sinus et le plexus sus-pétro-sphénoïdal sont en rapport avec le ganglion de Gasser. La compression occasionnée par le sang veineux est même parfois suffisante, en portant sur la portion motrice du nerf trijumeau, pour provoquer des mouvements spasmodiques de la mâchoire inférieure, et surtout le serrement involontaire de cette mâchoire contre la supérieure.

» 3° Des nausées et des vomissements compliquent souvent la migraine. C'est parce qu'alors il y a compression de la huitième paire de nerfs dans le golfe de la veine jugulaire interne, ou le long du col. Ne sait-on pas que, dans cette dernière région, les artères carotides primitive ou interne, le nerf pneumogastrique et la veine jugulaire interne, sont dans la même gaîne aponévrotique, et que la veine peut se dilater considérablement? La compression du nerf pneumo-gastrique doit résulter de cette dilatation. Cela est si vrai, que c'est surtout en portant la tête en arrière pendant la migraine que l'on provoque les envies de vomir et les vomissements, bien que ce mouvement soit propre à diminuer l'acuité des douleurs.

» 4° Pendant la migraine la veine frontale est développée ; les yeux, ou l'œil du côté malade, sont rouges, comme gonflés, douloureux, larmoyants ; quelquefois même la vue est trouble. Cela résulte de l'engorgement de la veine ophthalmique qui se décharge difficilement dans l'extrémité antérieure du sinus caverneux (1), et de la compression qu'éprouvent vers le tronc du nerf les ramifications non encore dissociées de l'ophthalmique de Willis, qui vont à l'œil, à la conjonctive, à la glande lacrymale et aux paupières.

» 5° Dans la migraine, chaque pulsation de la carotide interne correspond à un élancement de la douleur ; c'est parce que la dilatation et le redressement de la carotide interne rétrécissent la cavité destinée au sang veineux dans le sinus caverneux.

» 6° Les hémorrhagies nasales sont souvent critiques de la migraine ; or, les veines des fosses nasales, et plus particulièrement les veines sphéno-palatines, communiquent largement avec les sinus caverneux.

» 7° On a vu des migraines disparaître quand la menstruation s'établissait pour reparaître à l'âge critique. On comprend qu'un raptus sanguin vers le bassin diminuant la quantité de sang que la veine cave

(1) « On a vu des veines de l'intérieur de la tête se rompre dans de violentes céphalalgies. » (Bichat, *Anatomie générale*, p. 176, édition de l'*Encyclopédie des sciences médicales*.)

inférieure conduit dans l'oreillette droite du cœur, laisse plus de place à celui qui vient des sinus dans cette même oreillette, en suivant le canal des veines jugulaires et du tronc brachio-céphalique veineux. On comprend aussi que quand ce raptus cesse, l'engorgement, les *varices* des sinus (qu'on me passe le mot) puissent et doivent reparaître. C'est dans un mécanisme analogue que se trouve l'explication des bons effets des lavements, des vomitifs, etc., contre la migraine. Ces moyens modèrent l'activité du sang qui chemine de bas en haut dans la veine cave inférieure, en même temps qu'ils en diminuent la quantité. Ils ont aussi fréquemment pour résultat d'améliorer l'état du tube digestif et de le placer, pour ainsi dire, dans des conditions bien favorables à la curation de la migraine.

» 8° Les hémicraniques, pendant leurs accès, sont enclins à deux actes provoqués en partie par le nerf pneumo-gastrique, des bâillements et des pandiculations. Eh bien, la physiologie nous démontre : 1° que les premiers de ces actes sont soumis à l'influence de la portion motrice du nerf trijumeau, et l'influence de la portion motrice des nerfs vertébraux en rapport à leur passage dans les trous de conjugaison, comme nous le dirons plus loin, avec des veines ayant elles-mêmes de larges communications avec les sinus veineux de la base du crâne ; 2° qu'ils ont tous les deux pour effet l'introduction dans la poitrine d'une plus grande quantité d'air et de sang veineux. Peut-on, dans ce cas, méconnaître l'intervention d'un instinct salutaire dont le mécanisme s'opère presque sous nos yeux ? J'ajouterai aux données fournies par les physiologistes quelques remarques.

» D'une part, à l'intérieur du crâne, le sinus caverneux et le plexus que j'ai nommé sus-pétro-sphénoïdal communiquent largement ensemble, d'où résulte un premier réservoir assez large de sang veineux ; d'une autre part, à l'extérieur du crâne, les plexus ptérygoïdien, massétérin et alvéolaire, communiquent aussi largement entre eux et constituent un second réservoir de sang veineux. Ces deux réservoirs communiquent l'un avec l'autre par des veines qui traversent la fente sphénoïdale, le trou maxillaire supérieur, le trou maxillaire inférieur, le trou sphéno-épineux (c'est la veine méningée moyenne, quelquefois double, qui traverse ce dernier trou), le canal carotidien, et enfin par d'autres veines émissaires, innommées, qui passent par des trous innommés eux-mêmes. Dès que les muscles ptérygoïdiens se contractent, impriment des mouvements à la mâchoire inférieure, un vide s'effectue dans le réservoir inférieur et se trouve à l'instant comblé par du sang qui vient du réservoir supérieur, et par conséquent du sinus caverneux.

» 9° Les douleurs de migraine diminuent pendant l'inspiration ; elles augmentent pendant l'expiration ou pendant qu'on retient la respiration, c'est-à-dire qu'elles diminuent pendant que le sang veineux arrive vers le cœur, et augmentent dans les circonstances opposées.

» 10° Je sais la réserve avec laquelle il faut accepter les récits des malades ; mais ces récits deviennent précieux quand ils s'accordent avec ceux des hommes de l'art. D'un côté plusieurs malades se plaignent de ce qu'on leur fend la tête *comme avec un coin*, disent-ils. Ce sont les lieux occupés par quelques sutures, et plus particulièrement par la suture sagittale qu'ils désignent comme siége de ces sortes d'*écartements*. D'un autre côté, des médecins ont cité des cas, et j'en ai vu moi-même deux dans lesquels on sentait une séparation des deux pariétaux au travers du cuir chevelu et du muscle occipito-frontal. D'autres médecins ont constaté, à l'autopsie de personnes qui avaient souffert de migraines, la disjonction des pièces de cette suture et de la suture pétro-occipitale (1). S'agissait-il de sutures qui n'avaient point pu se former à cause de la dilatation des sinus, ou bien des bords osseux articulaires qni avaient été résorbés ? J'opterais volontiers pour cette dernière explication. Mais, quoi qu'il en soit de leur explication, les faits sont eux-mêmes positifs, concluants ; ma théorie, basée sur l'engorgement des sinus, peut seule s'en accommoder.

(1) « Dans les douleurs invétérées, les sutures » s'écartent quelquefois, comme on l'a observé au » crâne du savant Ed. Pascal, après son décès ; » on a encore des exemples dans Hippocrate, Ga- » lien et d'autres auteurs. » (Palfin, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 49.)

» 11° Sans entrer dans le détail des différentes positions de la tête, qui allégent les douleurs de migraine, je dirai que ce sont celles qui désemplissent les sinus caverneux, tandis que les positions contraires aggravent ces mêmes douleurs. Ainsi, qu'on porte la tête en avant, et la douleur sera vive ; qu'on la porte en arrière et qu'on l'y maintienne durant quelques minutes, et la douleur disparaîtra, ou tout au moins diminuera. On la combattra plus efficacement encore si, en même temps qu'on porte la tête en arrière, on la dirige du côté douloureux, parce qu'alors le lobe moyen du cerveau cesse de peser sur les sinus caverneux de ce côté. En effet, ce sinus, ainsi que tous les autres, se laisse comprimer : j'ai pu m'en assurer sur le cadavre, en y faisant mouvoir le sang par de très légères pressions.

» En portant la tête en arrière avec tout le corps, comme, par exemple, quand on s'incline sur un fauteuil, on obtient un soulagement moins prompt et moins complet que quand on l'y porte par un mouvement de bascule ou d'extension, qui, de l'aveu de tous les chirurgiens, fait redouter pendant les opérations qui se pratiquent sur le cou l'introduction de l'air dans les veines béantes, et surtout par un mouvement combiné d'extension et de rotation. C'est un fait d'observation, et après l'avoir constaté j'en ai justifié le résultat par l'épreuve suivante. J'ai enlevé sur la nuque d'un cadavre tous les muscles qui recouvrent les os, et j'ai ainsi mis à découvert les trous mastoïdiens et condyliens postérieurs. Cela fait, j'ai porté la tête de ce cadavre en arrière par un mouvement de totalité du tronc ; mais c'est à peine si quelques gouttes de sang se sont écoulées par les trous précités. J'ai ensuite dirigé cette tête en arrière par un mouvement d'extension, et le sang a coulé abondamment par les quatre trous. Il a coulé plus abondamment encore, et jusqu'à la déplétion presque complète des sinus latéraux auxquels ces trous aboutissent, lorsqu'enfin j'ai combiné ce mouvement d'extension avec un léger mouvement de rotation.

» Quelle que soit l'explication qu'on doive donner de ce phénomène, il n'en demeure pas moins établi qu'en tenant compte soigneusement de la position, de la direction, de l'inclinaison des sinus, des communications qu'ils ont entre eux et avec les veines extérieures du crâne, et de leurs variétés anatomiques, on peut arriver à la détermination précise de positions et de mouvements propres à conjurer souvent, à rendre moins intenses toujours, et à faire disparaître quelquefois des accès de migraine. Il ne m'est pas arrivé de manquer de réussir lorsque j'ai voulu indiquer aux hémicraniques une ou plusieurs positions dans lesquelles ils pussent rester durant un accès sans éprouver de vives douleurs. Il m'a maintes fois paru avantageux de leur faire faire des promenades et exécuter des mouvements saccadés dont l'influence sur le dégorgement des sinus était manifeste. Je me contente d'indiquer ces moyens ; d'autres développements m'entraîneraient hors de mon sujet actuel, dans le domaine de la thérapeutique.

» 12° Des douleurs semblables à celles de la migraine ont été causées par un engorgement consécutif à des contusions, ou bien par la présence de boutons, de petits furoncles dans les parties voisines des ramifications du nerf ophthalmique. Une simple compression avec la pulpe d'un doigt sur l'une des ramifications crâniennes du trijumeau, l'usage d'une coiffure un peu serrée, surtout pendant les chaleurs qui dilatent les tissus, occasionnent des douleurs passagères comme les causes qui les produisent, et semblables aussi à celles de la migraine. Ignore-t-on que la simple congestion dans le coryza de la membrane pituitaire, dont les rapports avec le ramifications du trijumeau sont incontestables, est suffisante pour donner une pseudo-migraine? L'accès de cette pseudo-migraine est plus rebelle que les accès de migraine ordinaire, parce qu'on ne peut pas en enlever immédiatement la cause ; mais, comme cette cause est passagère, ou plutôt accidentelle, l'espèce de migraine, fort modérée d'ailleurs, qui en résulte, ne se reproduit pas souvent.

» 13° Je me suis deux fois donné la migraine par la compression établie contre la colonne vertébrale des deux veines jugulaires internes. Une autre fois, je me la suis donnée en pressant entre deux doigts une seule de ces veines. Ces migraines artificielles n'ont pu résister longtemps aux

moyens gymnastiques précédemment indiqués. La migraine n'a souvent d'autre cause qu'une cravate un peu serrée. Ces faits s'expliquent d'eux-mêmes dans la théorie de la migraine considérée comme dépendant de l'engorgement des sinus.

» 14° Les fatigues intellectuelles, les travaux de cabinet, surtout pendant qu'on digère, les émotions vives, profondes, la respiration d'un air chargé d'acide carbonique, etc., provoquent l'apparition de la migraine. Toutes ces circonstances ne sont-elles pas cause d'accumulation dans la tête de sang veineux?

» 15° Les vieillards sont généralement exempts de migraine; c'est parce que chez eux les sinus de la base du crâne, et en particulier les sinus caverneux, pétreux inférieurs, circulaire et transverse de la selle thurcique, et transverse de la gouttière basilaire, sont énormément développés. Il en résulte que le sang ne s'y trouve jamais à l'étroit. Les parois de ces sinus sont en outre, chez les vieillards, endurcies et parfois ossifiées. Le nerf trijumeau et sa branche ophthalmique, d'ailleurs moins sensibles à cet âge, se trouvent plus efficacement protégés.

» 16° La migraine a de la prédilection pour le côté gauche de la tête. C'est effectivement ce côté qui est plus susceptible de manquer de débouchés pour le sang veineux; car les sinus latéral et pétreux inférieur et la veine jugulaire interne du côté droit sont souvent plus développés que les mêmes parties du côté opposé. Les trous condyliens, postérieurs et mastoïdiens, manquent souvent à gauche ou sont moins grands qu'à droite. Il arrive fréquemment aussi que tout le sang qui coule dans le sinus longitudinal supérieur va se jeter dans le sinus latéral droit, et en précipiter la circulation. D'ailleurs la veine jugulaire interne droite est continuée en ligne presque droite par le tronc brachio-céphalique veineux et la veine cave supérieure. Il n'en est pas ainsi du côté gauche. C'est une garantie de plus en faveur de la circulation veineuse du côté droit.

» Cette prédilection de la migraine pour le côté gauche n'est pas générale, puisque même il arrive quelquefois que cette maladie sévit plus contre le côté droit. Mais on sait que les différences anatomiques que je viens de signaler entre les deux côtés de la tête peuvent manquer ou bien être transposées de façon que ce soit du côté gauche que se trouvent les conditions plus complètes de circulation veineuse.

» 17° Il y a dans la migraine un contraste frappant entre l'intensité de la douleur et le peu de gravité du pronostic. Ce contraste s'explique aisément dans la théorie que je donne. Une compression bien faible, et conséquemment sans danger, est suffisante pour mettre en jeu la sensibilité de nerfs, qui sont éminemment sensibles (1).

» *Deuxième groupe de faits ou objections à la théorie.*

» 1° Les nerfs moteurs oculaires commun et pathétique sont dans la paroi externe du sinus caverneux avec l'ophthalmique de Willis. Pourquoi, dans toutes les migraines, leur compression ne provoque-t-elle pas des mouvements involontaires de la part des muscles qu'ils animent? — *Réponse :* On l'a vu quelquefois, mais bien rarement, parce que la plus légère compression exercée sur un nerf sensible suffit pour y faire naître de la douleur; tandis qu'une compression même assez forte sur un nerf moteur n'est pas suffisante pour agiter les muscles qui reçoivent leurs ramifications de ce nerf. La pression du nerf cubital ou du nerf médian fait naître des douleurs, mais non pas des spasmes; à moins que la volonté ne perde son empire. On sait que la sensibilité est involontaire, et que le mouvement de la vie animale ne l'est pas.

» 2° On a vu des migraines qui étaient entretenues par des dents cariées et qui cessaient après l'avulsion de ces dents. — *Réponse :* C'est que la douleur est un élément d'irritation qui, dans l'espèce, est souvent cause de fluxions. Les douleurs, surtout celles de ce genre, provoquent en

(1) Un anatomiste dont personne ne contestera la sévère exactitude, M. Blandin a observé que les prétendues glandes de Pacchioni abondent dans les sinus crâniens des personnes qui ont souffert de migraines. Ces granulations sont-elles *causes* ou *effets*, ou bien sont-elles indifférentes et accidentelles? Dans la première supposition, c'est-à-dire, si elles sont causes, elles doivent plonger dans l'intérieur des sinus et gêner la circulation.

outre des insomnies, cause, à leur tour, de congestions vers la tête. Souvent, du reste, les douleurs qu'occasionnent les dents cariées ressemblent aux douleurs de migraine, sans leur être identiques. Le diagnostic de la migraine, telle que je l'ai définie, présente quelquefois des difficultés.

» 3° Souvent, pendant la migraine, on éprouve des bourdonnements d'oreilles, des susceptibilités ou des faiblesses d'ouïe. — *Réponse :* Cela s'explique par les rapports du ganglion de Gasser avec le plexus suspétro-sphénoïdal ; par les rapports des nerfs auditif et facial avec le sinus pétreux inférieur, et surtout par les rapports du glosso-pharyngien, qui envoie des ramifications à la trompe d'Eustache et à l'oreille moyenne avec le golfe de la veine jugulaire interne. Je dirai en outre : 1° Que la partie mastoïdienne du temporal est criblée de trous, dont les uns aboutissent aux cellules mastoïdiennes, et dont les autres, en moins grand nombre, conduisent dans le sinus latéral ; 2° qu'il existe, entre la face supérieure du rocher et la portion écailleuse du temporal, des trous livrant passage à des veines tributaires du même sinus : 3° que les conduits nommés aqueduc du vestibule et aqueduc du limaçon sont parcourus par deux veines aboutissant au golfe de la veine jugulaire interne ou très près du golfe de cette veine, dans le sinus latéral. La circulation tympanique est donc étroitement liée à celle des sinus latéraux et de la veine jugulaire interne. Les rapports du facial avec le sinus pétreux inférieur rendraient compte aussi de contractions involontaires des muscles de la face dont quelques auteurs ont parlé.

» 4° On éprouve quelquefois durant la migraine des douleurs dans le département du grand nerf occipital, et même tout le long du col et de la première moitié du membre supérieur. — *Réponse :* De grosses veines passent par les trous de conjugaison cervicaux, remplissent ces trous conjointement avec les nerfs cervicaux, et ont des communications avec les sinus de la base du crâne. Pourquoi leurs rapports avec les parties sensibles des nerfs vertébraux ne donneraient-ils pas la clef de phénomènes identiques à ceux qui s'expliquent sans effort par les rapports des sinus avec les parties sensibles des nerfs crâniens? Et d'ailleurs, les anastomoses nerveuses ne doivent-elles compter pour rien dans l'explication de la propagation des douleurs?

» 5° Puisque tout le tronc du trijumeau ou au moins de l'ophtalmique est comprimé, comment se fait-il que la douleur ne se propage pas suivant toute l'étendue des ramifications du nerf comprimé? — *Réponse :* Il pourrait se faire à la rigueur, que la compression ne portât que sur les filaments nerveux non encore isolés du tronc, qui vont se distribuer à la partie douloureuse ; mais d'ailleurs des faits semblables, et tout aussi inexplicables, quand il s'agit d'autres maladies, abondent dans les archives de la science. Par exemple, toute la plèvre est enflammée, et il se mafeste un seul point pleurétique ; la moelle épinière est malade profondément et dans une grande étendue, et pourtant la douleur se localise dans une partie d'un membre.

» 6° La migraine est souvent un symptôme des difficultés de digestion. — *Réponse :* Je pense que cela a lieu dans la majorité des cas. Mais n'admet-on pas que de mauvais aliments, déposés dans un estomac malade, y déterminent une stimulation anormale? Il s'ensuit un travail incomplet, d'où résulte un chyle de mauvaise nature. Or, le chyle se convertit en sang. Eh bien, n'est-ce point assez d'une stimulation incomplète de l'estomac, et par suite des autres organes ou d'un sang de mauvaise qualité, pour frapper la circulation de langueur, et, si c'est vers les sinus du crâne que cette circulation languit, pour produire la migraine? Si donc les personnes qui sont sujettes aux dérangements d'estomac ne sont point toutes sujettes à la migraine, c'est parce que chacun a ses prédispositions morbides. Ce qui chez l'un peut être cause de migraine, peut être chez l'autre cause d'un mal différent. Je suis donc bien loin de méconnaître les relations de la migraine avec les souffrances de l'estomac. Je ne les nie pas plus que je n'ai nié les relations de la migraine avec la susceptibilité nerveuse des individus ; je sais même que parfois la migraine éclate immédiatement ou presque immédiatement après l'ingestion d'aliments dans l'estomac; mais je ne voudrais pas affirmer que dans

maintes circonstances, la migraine et l'embarras gastrique ne fussent pas sous l'influence d'une même cause, et par conséquent, sans rapport de causalité entre eux.

» 7° L'emploi à l'intérieur d'infusion de café ou d'autres excitants a chassé ou tout au moins conjuré des accès de migraine. — *Réponse :* C'est que ces excitants ont donné à l'estomac, et plus particulièrement aux organes circulatoires, l'activité qui leur manquait. Une congestion artérielle aurait été augmentée par eux; une congestion veineuse devrait être diminuée. Les rapports des artères vertébrales, et surtout carotides, avec les grands réservoirs veineux de la tête et du col, montrent au surplus combien la circulation de ces artères, accélérée par les excitants, doit réagir sur la circulation veineuse.

» 8° De bons aliments, pris modérément et bien mâchés, ont fait cesser des accès de migraine. — *Réponse :* C'est pour la même raison, et en outre parce que, comme je l'ai dit, les mouvements de la mâchoire inférieure produisent un vide dans le plexus veineux ptérygoïdien, vide à l'instant comblé par du sang qui vient du sinus caverneux.

» 9° Des narcotiques ont, dit-on, guéri des accès de migraine. — *Réponse :* Je croirais plutôt qu'ils ont dû soulager les douleurs en frappant les nerfs de stupeur. Ils ont dû agir sur l'effet sans modifier favorablement la cause, à moins qu'ils n'aient pu déplacer la congestion existante. Je n'ai, du reste, pas dit que tout engorgement des sinus était accompagné ou suivi de migraine, mais j'ai dit que la migraine est sous la dépendance de l'engorgement des sinus : ce n'est pas nier l'existence dans les nerfs d'un certain état prédisposant qui pourrait être modifié par l'action de médicaments. Au surplus, les narcotiques donnent plus sûrement la migraine qu'ils ne l'enlèvent.

» 10° Il est des migraines qui passent d'un côté à l'autre du crâne, ou de la partie antérieure à la partie postérieure de cette région, etc. — *Réponse :* Beaucoup d'autres espèces de douleurs sont sujettes à ces sortes de migrations, sans qu'on sache pourquoi. Ici, au contraire, les communications des sinus d'avant en arrière, et d'un côté à l'autre, ne laissent aucun doute sur l'explication qu'il convient de donner de la plupart des migraines erratiques. Ces migraines sont, en général, peu tenaces, parce que le déplacement facile du sang des sinus, quelle qu'en soit la cause, régularise la circulation veineuse intracrânienne et en assure l'intégrité.

» 11° Le lendemain de la migraine on se sent mieux et à l'abri du mal pour quelque temps. — *Réponse :* Il n'en est pas toujours ainsi; mais d'ailleurs cela s'explique par le repos forcé et salutaire auquel se sont trouvés condamnés les organes du souffrant.

» *Conclusions.* — 1° L'idée de migraine implique celle de compression très modérée d'un nerf sensible et du trijumeau en particulier.

» 2° Les agents de cette compression sont quelques réservoirs veineux gorgés de sang, et bien plus particulièrement les sinus caverneux (1).

» 3° Le traitement de la migraine doit donc avoir pour objet : *A*. De prévenir cette compression. Cette partie du traitement constitue la prophylaxie de la migraine. Elle emprunte à l'hygiène générale ses moyens d'action. *B*. D'en pallier les effets par des mouvements, des positions de la tête, etc. Cette partie du traitement constitue le traitement palliatif de la migraine; elle emprunte donc à la gymnastique ses moyens d'action. *C*. De faire disparaître ces effets. On obtient ce résultat par le concours de moyens gymnastiques et de substances médicamenteuses stimulantes, évacuantes et révulsives.

» 4° Mais dans aucun de ces trois points de vue, on ne doit négliger la cause de l'accumulation du sang dans les grands réservoirs veineux de la base du crâne. » (Auzias, *Gazette des Hopit.*, 24 février, 1849.)

Traitement — Beaucoup de personnes calment la migraine en mangeant modérément et à propos; en buvant, au début du mal ou pendant l'accès, quelques tasses d'une infusion chaude de thé, de café, de feuilles d'oranger, de véronique d'Europe, de sauge, de fleurs de tilleul, de camomille, etc.; d'autres font usage de lotions

(1) Il y a probablement dans certains cas une véritable congestion des troncs du trijumeau.

froides, d'alcool, d'éther, d'eau de mélisse, dont elles provoquent rapidement l'évaporation. Quelquefois le mieux est d'observer une immobilité complète, et d'attendre, sans s'imposer aucun remède, la fin de l'attaque, qui semble hâtée sur quelques sujets par l'usage de l'opium administré par quart de grain. A. Paré obtint la guérison d'une migraine rebelle en faisant ouvrir l'artère temporale. La rupture spontanée du même vaisseau a quelquefois produit un résultat aussi avantageux. Les émissions sanguines locales et générales, la saignée de la veine jugulaire, la saignée du pied, sont indiquées dans les violentes attaques de migraine, lorsque la congestion du cerveau et de la face devient alarmante : il importe aussi, dans de semblables moments, de remédier à la constipation. Mais c'est surtout dans l'intervalle des attaques que l'on doit chercher à modifier l'innervation et parfois plusieurs systèmes d'organes. Les malades ont, en général, besoin de s'astreindre à un régime alimentaire régulier, à des habitudes constantes de sobriété, évitant aussi de se livrer longtemps au sommeil, s'appliquant à fatiguer leurs membres par un exercice journalier. Les applications réitérées de sangsues, faites à l'entrée des narines, à l'anus, à la vulve, suivant les indications particulières que l'on a à remplir, l'usage des bains tièdes, des pédiluves irritants, l'application prolongée d'un exutoire tempèrent heureusement sur quelques sujets des accès de migraine devenus inquiétants. La migraine, dont la périodicité est marquée par des intervalles régulièrement égaux, cède dans quelques cas à l'emploi des préparations de quinquina, et les décoctions de plantes amères procurent quelquefois un soulagement marqué aux femmes chlorotiques et attaquées de flueurs blanches. La migraine est si souvent symptomatique d'une affection gastro-intestinale chronique, que l'on doit se montrer très réservé sur l'emploi des purgatifs, et que l'on ne saurait trop réfléchir avant de se hasarder à établir une contre-stimulation active vers les organes digestifs.

On pourrait ajouter à cette courte liste thérapeutique la longue énumération de remèdes qu'on trouve dans quelques auteurs anciens et même modernes; mais si tous les médicaments que nous venons de passer en revue laissent beaucoup à désirer, il en est encore bien autrement de ceux que nous avons passés sous silence.

ARTICLE VIII.

Éclampsie.

On décrit aujourd'hui sous ce nom deux espèces d'affections convulsives, dont l'une se développe chez les enfants pendant la période de la dentition, et l'autre chez les femmes durant la grossesse et surtout à l'époque de l'accouchement. La première de ces affections a été décrite avec tous les détails qu'elle comporte (*Bibliothèque du méd. prat.*, *Traité des maladies des enfants*, t. VI, p. 234); quant à la seconde, elle tient d'une manière trop intime à l'état puerpéral pour pouvoir en être séparée. Ce n'est que dans cet état qu'elle offre réellement quelque chose de spécial, et sa thérapeutique alors soulève toujours des questions obstétricales qui ne peuvent être abordées avec fruit que dans un traité ou dans un article *ex professo*. Il nous suffira donc d'avoir marqué ici la place de l'éclampsie pour compléter le cadre des maladies dont nous nous occupons d'une manière spéciale.

ARTICLE IX.

Hydrophobie ou Rage.

Quoique le mot hydrophobie n'exprime qu'un symptôme qui peut s'observer, très rarement il est vrai, dans d'autres affections que dans la rage, et qui n'existe pas absolument chez tous les malades atteints de cette maladie, on le prend cependant presque toujours dans l'acception du mot rage lui-même : nous traiterons donc ici de la maladie et non du symptôme.

La question que se posait Cœlius Aurelianus, à savoir si la rage était, de son temps, une maladie nouvelle, a fait rechercher à la plupart des auteurs si cette maladie avait effectivement existé de toute antiquité. Voici comment M. Rochoux résout ce problème :

« Sans recourir à la fable d'Actéon déchiré par ses chiens, après avoir été mé-

tamorphosé en cerf, dans laquelle, on ne sait pourquoi, Sprengel a cru trouver un exemple de rage, on voit dans Homère l'épithète de chien enragé donnée à Hector par Teucer. La rage des chiens était donc connue à l'époque du siége de Troie, et les effets de leurs morsures, pour n'être pas aussi bien appréciés, ne devaient pas être moins fâcheux qu'aujourd'hui. Polybe parle de la mort prompte des enragés, et Ménandre, dans une comédie, fait allusion à leur horreur pour les boissons. Il n'est pas, à la vérité, bien démontré que la sentence par laquelle, suivant Cœlius Aurelianus, Hippocrate aurait désigné la rage, se rapporte vraiment à cette maladie. D'un autre côté, nous voyons Aristote affirmer que les hommes mordus par des chiens enragés n'en contractent pas la maladie; mais ce philosophe s'est tant de fois élevé contre des vérités reconnues de son temps, et souvent fort longtemps avant lui, que je suis conduit, malgré son assertion, ou plutôt à cause de son assertion contraire, à croire que les anciens Grecs connaissaient très bien les dangers de la morsure des chiens enragés, et par conséquent la cause du développement de la rage chez l'homme. Bien plus, on trouve rapporté dans Lucien, comme un fait généralement admis, que les hommes atteints de la rage communiquent leur mal à ceux qu'ils mordent.

» L'étiologie qui vient d'être indiquée est la seule reconnue par Celse, à qui la critique n'aurait aucun reproche à adresser, s'il n'avait pas écrit que, lorsqu'il n'était pas possible d'employer la cautérisation, de simples lotions et des topiques appliqués sur les plaies suffisaient pour prévenir le développement du mal. Au reste, son erreur semble bien légère, quand on entend Arétée dire que l'haleine d'un chien enragé contagie celui qui la respire. Nul doute que l'opinion du Cappadocien n'ait beaucoup contribué à faire adopter l'horrible coutume d'étouffer les enragés entre deux matelas; coutume qui récemment s'est retrouvée toute vivante en France, tout comme dans les départements de l'Ouest on continue encore, au grand scandale de l'humanité, à charger de chaînes et à laisser pourrir dans les cachots les malheureux aliénés. » (Rochoux, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XXVII, p. 181.)

Symptômes. — On a dit qu'au début de la rage quelques phénomènes se faisaient remarquer du côté de la morsure. Ainsi, on a prétendu que, lorsque la cicatrice avait eu le temps de se former, elle se déchirait ou changeait de couleur, ou devenait douloureuse, et que la douleur s'irradiait au loin en suivant le trajet des principaux troncs nerveux. Cette circonstance est beaucoup plus rare que n'ont paru le croire certains auteurs, sans doute d'après quelques faits exceptionnels.

Les individus atteints de rage commencent presque toujours par éprouver une céphalalgie plus ou moins vive et de l'insomnie; s'ils dorment, leur sommeil est pénible et souvent interrompu par des rêves; la plupart sont tristes, préoccupés, inquiets; d'autres sont excités, ils sont vifs et bavards; presque tous se plaignent de douleurs vives dans diverses parties du corps; enfin, l'appétit est diminué et le pouls accéléré. Ces troubles divers, qui ont une durée de deux à six jours, peuvent être regardés comme constituant les prodromes de la rage ou comme formant la première période de la maladie. La deuxième période s'annonce d'abord par l'aversion ou la crainte des liquides. Les malades éprouvent un trouble insurmontable, un sentiment pénible de suffocation, de constriction à la gorge; leur figure exprime la plus grande terreur lorsqu'ils voient un liquide, et surtout lorsqu'on leur propose de boire. Quelques uns, très courageux, après avoir lutté longtemps, finissent par approcher brusquement le verre de leurs lèvres; mais à peine quelques gouttes du liquide ont-elles pénétré dans leur bouche et leur pharynx, qu'aussitôt ils se lèvent sur leur séant, éprouvant de la constriction à la gorge; ils ne peuvent respirer par suite d'une contraction spasmodique des muscles, et leur figure exprime un sentiment de terreur qu'il est impossible de dépeindre. Cette horreur des liquides offre d'ailleurs plusieurs degrés. Tantôt elle est complète, c'est-à-dire que les malades ne peuvent ni boire, ni voir, ni entendre couler aucun liquide, ils ont même peur des vases qui les contiennent; d'autres ne peuvent boire, mais la vue de l'eau est

toléré à tel point qu'ils consentent quelquefois à prendre un bain ; quelques uns ne peuvent boire de l'eau, mais il leur est possible d'avaler du vin et du bouillon ; enfin, on en a vu qui, ne pouvant boire de l'eau contenue dans un verre ou une cuiller, avalaient ce liquide lorsqu'ils l'exprimaient d'un morceau de mie de pain qui en était imbibé et que nous avions introduit dans leur bouche : ces mêmes individus parvenaient sans trouble à sucer une tranche d'orange ; enfin, il est des malades chez lesquels l'horreur des boissons cesse momentanément. Les hydrophobes sont également péniblement impressionnés par le vent ; une vive lumière les blesse, l'ouïe est exaltée, le toucher très délicat ; ils ont, en général, une parole brusque, leur conversation est animée ; la plupart ont du délire, et souvent des hallucinations. Quelques uns sont furieux ; ils injurient, blasphèment, et cherchent à mordre ou à battre, mais c'est le plus petit nombre. Voilà pourquoi le mot de rage est impropre comme n'exprimant pas la véritable physionomie de la maladie. D'autres, en plus petit nombre encore, sont affectueux et ont la tendresse la plus expansive pour leurs proches et les personnes qui leur donnent des soins. Dans d'autres cas, la surexcitation nerveuse s'accompagne, chez la femme de nymphomanie (Portal), et de satyriasis chez l'homme. Tel fut cet enragé dont parle Haller qui, dans l'espace de vingt-quatre heures, se livra trente fois au coït.

Cependant bientôt la respiration s'embarrasse ; de temps en temps on voit l'inspiration être subitement arrêtée, interrompue, entrecoupée par la contraction spasmodique des muscles. Le malade alors a les yeux égarés, sa figure est pâle et exprime la terreur ; une bave écumeuse, et plus ou moins gluante, est rejetée par des efforts violents et répétés d'expuition. Le pouls est petit, fréquent ; la poitrine et l'épigastre sont le siége d'une constriction pénible ; la soif est vive ; il y a de la constipation. A mesure qu'on approche du terme fatal, les troubles respiratoires augmentent ; l'expuition est incessante, il y a des hoquets ; souvent des convulsions générales se déclarent : elles surviennent spontanément ; d'autres fois, elles sont excitées par le contact de l'air ou la vue des liquides ; les yeux se cernent et s'excavent, les lèvres bleuissent, ainsi que l'extrémité des doigts ; enfin, la vie s'éteint tout à coup sans agonie et par suspension de la respiration.

Cette seconde période est généralement plus courte que la première. La durée la plus commune est de deux jours ; elle peut n'être que de vingt-quatre heures, et se prolonge quelquefois trois, quatre et même cinq jours.

Diagnostic. — L'excessive rareté de l'horreur pour les liquides en dehors de la rage fait que ce symptôme suffit presque à lui seul pour caractériser cette maladie : lorsqu'à l'hydrophobie se joignent une respiration entrecoupée, ce crachotement singulier, l'absence de convulsions hystériques, la régularité du pouls, une physionomie animée, on ne peut plus conserver de doute sur la nature de la maladie ; la connaissance des antécédents ne peut que confirmer un diagnostic déjà certain.

Cependant lorsqu'un individu, mordu par un chien qu'il croit être enragé, est pris des symptômes de l'hydrophobie pure et simple, la connaissance des commémoratifs a la plus grande importance. On a bien dit que dans ces cas, l'hydrophobie se développait quelques jours après la morsure, qu'il n'y avait pas de période d'invasion, période si remarquable dans la rage ; mais ces assertions sont loin d'être toujours vraies. On doit compter davantage sur l'absence des troubles respiratoires et du crachotement qui ne manquent à peu près jamais dans la véritable hydrophobie rabique.

Pronostic. — La rage confirmée n'a jamais pu jusqu'à ce jour être arrêtée dans sa marche ; elle a constamment conduit les malades au tombeau. Rien n'est donc plus grave que le pronostic de cette affreuse maladie dès que les premiers symptômes apparaissent. Avant son apparition, aucun pronostic ne peut être porté après la morsure d'un chien enragé, puisque rien ne peut faire prévoir les cas où cette morsure sera ou ne sera pas suivie de la maladie, ce qui est loin d'avoir lieu dans tous les cas. Aucune manœuvre ne peut en mettre sûrement à l'abri, quoi qu'en aient dit un

grand nombre d'observateurs prévenus et peu exacts.

Causes. — La seule cause efficiente de l'hydrophobie généralement admise aujourd'hui est l'inoculation d'un virus particulier qui réside exclusivement dans la salive des animaux enragés. Mais, quoique cette cause soit unique, il y a encore à étudier les conditions qui peuvent en favoriser le développement, et aussi à discuter l'opinion de ceux qui croient au développement spontané de la maladie. M. Rochoux a traité avec beaucoup de sagacité la plupart des points que soulèvent ces questions dans le passage suivant :

« Les faits dans lesquels on a cru voir la rage naître indépendamment de toute inoculation ont été admis par des hommes chez qui l'esprit de critique n'a jamais été la qualité dominante : par exemple, Marc rapportant l'histoire d'un enfant mort de la rage pour avoir été mordu par un chien dont la bonne santé ne s'est pas démentie ensuite (*Arch. génér. de méd.*, mars 1827); ou bien ces faits n'ont pas été convenablement vérifiés dans tous leurs détails. Ainsi, par rapport au cas de ce genre publié par M. Velpeau (*Gaz. des hôp.*, 27 juin 1835, p. 308), j'ai su de M. Charcellay, alors interne à la Charité, que le chien présenté comme n'étant pas enragé avait été tué dans des circonstances très propres à établir le contraire. Tous ces faits présentés comme exceptionnels appartiennent donc, dirons-nous, soit à la rage, dont la véritable cause aura été méconnue, soit au tétanos, ou bien à l'hydrophobie, maladies fort différentes de la rage, quoique quelquefois susceptibles de la simuler, au point d'en imposer aux observateurs les plus attentifs. Nous rangerons dès lors parmi ces cas l'exemple rapporté par Rosier (*Dict. d'agr.*, art. Rage, d'après *Ephem. Nat. curios.*), d'un homme qui mourut enragé après s'être mordu lui-même à la main dans un accès de colère, comme celui d'un soldat qui, à la suite de morsures faites par un de ses camarades, succomba dans de violentes convulsions, et de la nourrice atteinte de la rage, suivant M. Lepelletier (du Mans), pour avoir été mordue au sein par son nourrisson. (*Gaz. des hôp.*, 27 juin 1835, p. 308.) Quant au fait rapporté dans la thèse de M. Busnout, d'un chien atteint de rage pour avoir seulement léché la bouche de sa maîtresse en proie à la même affection, nous y verrons une inoculation réelle au moyen de quelque ulcération de la gueule de la pauvre bête, restée inaperçue, ou une rage développée spontanément et indépendamment de cette circonstance. En effet, le chien, comme peut-être aussi le blaireau, dont la morsure paraît susceptible de donner la rage (*Bibl. méd.*, septembre 1832, p. 110), et tous les autres animaux du genre *Canis* et *Felis*, le loup, le renard et le chat, sont sujets à la rage spontanée, c'est-à-dire développée sans inoculation antécédente; tandis que les autres quadrupèdes et les oiseaux ne la contractent jamais que par cette voie. Tous ensuite ne sont pas également capables de la transmettre.

» Ainsi les oiseaux, qui, en général, ont peu de salive, et dont le bec, quand il est assez fort pour entamer la peau, peut difficilement introduire le principe virulent dans les blessures qu'il fait, semblent impropres à communiquer la rage. Il serait donc bien temps de ne plus répéter qu'un homme mordu par un coq (Cœlius Aurelianus), un autre par un canard irrité de se voir enlever sa femelle (Le Cat), sont devenus tous les deux enragés, et de rayer des ouvrages scientifiques une foule d'autres contes semblables dont les journaux ont encore retenti en 1827.

» Les herbivores ne peuvent guère non plus, à cause de la disposition particulière de leur mâchoire et de la forme de leurs dents, inoculer la bave virulente dont elles pourraient être chargées; les vétérinaires les plus instruits assurent même que cette bave ne possède aucune propriété délétère. Mais G. Breschet a positivement prouvé le contraire, en inoculant, comme divers expérimentateurs l'ont fait depuis, la rage avec la bave de chevaux, d'ânes, de bœufs enragés, démontrant en même temps par ces faits que la virulence du liquide contagieux ne se perd pas à la seconde reproduction du mal, ainsi que Capello le prétend. » (*Archives générales de médecine*, juillet 1834, p. 431.)

« Quant aux carnivores, rien n'est mieux démontré que la facilité avec laquelle l'ab-

sorption de leur bave développe cette maladie. De nombreuses inoculations pratiquées par MM. Clifton, John Hunter, Zinke, Magendie, etc, des milliers d'exemples d'animaux devenus enragés par suite des morsures d'animaux qui l'étaient déjà, ne permettent pas de penser différemment sur ce point de pathologie. Rejeter toute absorption, et prétendre avec Christ, Nugente, M. Girard de Lyon et quelques autres, que leur maladie, comparable au tétanos traumatique, aurait été uniquement l'effet d'une sorte d'irradiation nerveuse produite par l'irritation des blessures, est une hypothèse à laisser à ceux qui ne veulent jamais voir les faits tels que la nature les présente.

» Dans tous ces cas, nous voyons le virus arriver dans l'économie par une solution de continuité; il semble aussi que ce soit là sa seule voie d'intromission. Il peut, en effet, être impunément déposé sur la peau recouverte de son épiderme intact, et même, assure-t-on, se trouver en contact avec une membrane muqueuse non excoriée. Cependant Chaussier assure que diverses personnes ont été prises de la rage pour s'être mouchées avec des linges souillés par la bave d'un animal enragé. D'autres médecins disent que des chevaux, des bœufs et des moutons l'ont contractée en mangeant de la paille sur laquelle avaient couché des cochons enragés. Bien longtemps avant, Cœlius Aurelianus avait rapporté qu'une couturière, en se servant de ses dents pour découdre le manteau d'un homme mort de la rage, avait aussi pris cette maladie, et Schenkius, qu'elle avait été la suite d'une blessure au doigt faite par un sabre qui avait servi, plusieurs années auparavant, à tuer un chien enragé.

» Ces faits et une foule d'autres, sans doute fort exagérés, pour ne rien dire de plus, porteraient à reconnaître au virus rabique une activité d'action et une sorte d'inaltérabilité qui lui semblent toutes deux étrangères. Peut-être, néanmoins, doivent-ils être mentionnés, malgré leur peu de vraisemblance, afin d'engager les personnes appelées auprès des enragés à prendre des précautions superflues, plutôt que d'en négliger d'utiles.

» Autant les effets de l'inoculation du virus rabique sont connus et évidents, autant nous connaissons peu les autres causes de la rage. Les uns ont cru les trouver tout à la fois dans les chaleurs et les sécheresses successives, et dans les froids rigoureux de certaines saisons de l'année, qui privent également les animaux d'une boisson convenable et suffisante. D'autres en ont accusé les viandes putréfiées, les eaux corrompues auxquelles ces mêmes animaux sont souvent forcés d'avoir recours, et qu'ils ne peuvent même pas toujours se procurer; la privation des plaisirs vénériens (Capello et Grève, *Archives générales*, juillet 1834); les passions qui les agitent, les combats qu'ils se livrent, les blessures qu'ils reçoivent dans la saison du rut, etc. Cependant aucune de ces causes, ni la réunion de plusieurs d'entre elles ne peut produire la rage; car il serait facile, en soumettant les animaux à leur action, de la développer artificiellement. Or on n'a jamais obtenu ce résultat, quoique quelques personnes aient assuré le contraire.

» On a encore mis au nombre des causes de cette maladie l'absence de la transpiration cutanée chez les individus du genre *Canis*, sans faire attention que ce phénomène, assurément très remarquable, ne saurait exercer une aussi grande influence que la cause dont il dépend lui-même, je veux dire l'organisation particulière des animaux qui le présentent, laquelle joue un rôle assez important dans la production de la rage spontanée, quoiqu'il ne soit pas très facile de dire précisément en quoi il consiste. Mais une circonstance non moins digne d'attention est la fréquence de la rage dans certaines régions, et son peu de fréquence ou son absence complète dans d'autres.

» Tandis qu'elle affecte une sorte de prédilection pour la portion froide des zones tempérées, elle devient très rare dans la zone torride, et même y est tout à fait inconnue dans de vastes contrées. Il en est d'autres où, comme dans les Antilles, elle est quelquefois vingt ou trente ans sans paraître. On sait aussi qu'elle ne se montre jamais en Égypte, en Syrie, à Constantinople, etc., elle paraîtrait également inconnue au delà des cercles polaires. Mais sans reconnaître ce dernier fait.

qui demande peut-être confirmation, nous en trouverons assez d'autres bien avérés, pour mettre dans tout son jour l'influence que le climat exerce sur la production de la rage. » (Rochoux, *loc. cit.*, p. 124.)

Nature. — Avant de chercher à déterminer en quoi consiste la lésion essentielle de la rage, sa nature intime, il est important de revenir un instant sur ces faits signalés et réfutés par M. Rochoux dans le passage précédent, et dans lesquels la rage se serait développée sans inoculation préalable. Ces faits ont été plus longuement commentés par M. Chomel, dans l'article Hydrophobie, maladie à laquelle il les rapporte, ainsi que M. Rochoux. Ce professeur, après avoir indiqué en quelques mots une hydrophobie simple ou dégoût des boissons, qui coïncide avec un état normal de la santé, une hydrophobie symptomatique dépendant d'une altération du cerveau, de l'œsophage, etc., s'exprime ainsi sur la troisième variété d'hydrophobie *rabiforme :*

« L'hydrophobie rabiforme offre beaucoup plus d'intérêt que les précédentes : c'est la rage spontanée de quelques auteurs. Elle est caractérisée, non seulement par l'horreur des boissons, mais aussi par des accès convulsifs semblables à ceux qui ont lieu dans la rage, et qui, tantôt sont provoqués par la vue des liquides ou le mouvement de l'air, et tantôt se reproduisent sans cause extérieure.

» Une grande frayeur, et surtout la crainte d'avoir été mordu par un animal enragé, ou d'avoir contracté la rage de toute autre manière, sont la cause la plus ordinaire de l'espèce d'hydrophobie dont nous parlons. Tel individu en a été atteint après avoir été mordu par un animal qu'il croyait enragé; tel autre, après avoir été blessé par les griffes d'un animal réellement affecté de la rage; celui-là, en voyant cette maladie se développer chez une personne avec laquelle il avait cohabité, ou dont il avait reçu les embrassements peu auparavant, ou respiré l'haleine après le développement de la maladie. Quelques médecins ont éprouvé les symptômes de la rage spontanément après avoir soigné des hydrophobes, ou les avoir ouverts après leur mort. Quelques individus en ont été atteints dix ans et même plus, après avoir été mordus par un animal réellement enragé, et lorsque, par hasard, ils ont appris que d'autres personnes, mordues en même temps qu'eux par le même animal, étaient mortes enragées. On ne saurait raisonnablement supposer que le virus de la rage qu'ils avaient reçu dix, ou même vingt ans auparavant, fût la cause des accidents qui se sont alors développés; il est bien naturel d'admettre ici l'influence bien démontrée de l'imagination dans la production de l'hydrophobie rabiforme. Il me paraît même bien certain que l'hydrophobie qui se développe peu de temps après la morsure d'un animal enragé peut, d'après quelques personnes, être le résultat de l'effroi qu'elles ont éprouvé, comme elle est, chez d'autres, due exclusivement à la morsure de l'animal. Nous reviendrons plus tard sur les signes propres à éclairer alors le diagnostic.

» D'autres causes encore paraissent avoir donné quelquefois naissance à l'hydrophobie rabiforme, telles que la colère, une contusion, la morsure d'un individu en fureur, ou d'un animal irrité, mais point suspect de la rage; la suppression d'une évacuation habituelle, et spécialement des menstrues, l'exposition à un froid rigoureux ou à l'ardeur du soleil. Mais si l'on examine ostensiblement ces derniers faits, on voit ou bien qu'ils manquent des détails propres à éclaircir leur nature, ou bien que l'horreur des boissons a été le seul point de ressemblance qu'ils eussent avec la rage, et qu'ils n'ont, pour la plupart, offert presque aucune analogie avec elle sous le rapport de leur marche, de leur durée, ou des autres symptômes qu'ils ont présentés. Le maître d'école dont parle Pouteau, par exemple, qui succomba en douze heures avec des convulsions et le délire, paraît avoir été emporté par une phlegmasie du cerveau plutôt que par l'hydrophobie, bien qu'il eût d'ailleurs l'horreur des boissons et la sputation qui accompagnent ordinairement la rage.

» Parmi les individus chez lesquels on observe les symptômes de la rage spontanée, les uns présentent tout à coup, sans prodromes, peu de jours, ou même peu d'heures après avoir été exposés à la cause

qui l'a provoquée, l'apparition soudaine des phénomènes caractéristiques de cette affection. Les autres ressentent d'abord des accidents analogues aux préludes de la rage communiquée, tels qu'une tristesse inaccoutumée pendant le jour, des songes pénibles pendant la nuit, des inquiétudes continuelles, des frayeurs sans cause apparente, des bâillements, des soupirs. Dans quelques cas même où la morsure d'un animal furieux a été la cause occasionnelle des accidents, l'apparition de la maladie est précédée de quelques douleurs dans la cicatrice, douleurs que des attouchements répétés ont pu produire, et qui ont pu aussi être, en quelque sorte, appelées vers cette partie par une imagination frappée, continuellement attentive aux moindres sensations dont la cicatrice pourrait être le siége. A ces phénomènes se joignent bientôt un sentiment de constriction au pharynx et une horreur de plus en plus prononcée pour les liquides. La vue de l'eau et des corps brillants, le bruit d'un liquide qui tombe ou qui coule, la sensation de l'air en mouvement, l'aspect d'une lumière vive, causent une anxiété extrême; un tremblement convulsif et des défaillances, quelquefois un délire violent, l'envie de mordre, et un appareil fébrile intense, se joignent à l'horreur de l'eau, et dans ce cas les malades succombent presque toujours, et dans un très court espace de temps.

» Quand l'horreur des boissons se montre sans être escortée de ces derniers symptômes, la marche de la maladie est beaucoup moins rapide, et la terminaison en est souvent favorable. Il me paraît hors de toute espèce de doute que tous les cas de rage qui se sont terminés heureusement doivent être rapportés à la rage spontanée, et que celle qui a été due au virus d'un animal enragé a toujours entraîné la mort des sujets qui en ont été atteints. Rien, en effet, ne peut arrêter les effets du virus rabique, lorsqu'il n'a pas été détruit dans le lieu où il a été déposé; dans la rage spontanée, au contraire, il est possible, et il arrive souvent que l'imagination détruise ce qu'elle a fait. Un médecin de Lyon, qui avait assisté, en 1817, à l'ouverture de plusieurs individus mordus par une louve enragée, est frappé de l'idée qu'il a pu s'être inoculé de la rage. Aussitôt il perd l'appétit et le sommeil; dès qu'il essaie de boire, son cou devient le siége d'une constriction spasmodique, il est menacé de suffocation. Pendant trois jours, il erre sans cesse dans les rues, s'abandonnant au plus affreux désespoir. Ses amis parviennent à le persuader que son imagination seule est malade, et dès lors les accidents diminuent comme par enchantement. Audry a rapporté l'exemple d'un individu chez lequel les symptômes hydrophobiques persistèrent pendant plusieurs mois. On put alors le convaincre qu'un chien par qui il avait été mordu n'était pas enragé; dès lors la guérison fut assurée.

» Lorsque la rage spontanée se termine heureusement, les sujets qui en ont été affectés sont exposés à en ressentir quelques atteintes, surtout lorsque quelques circonstances particulières ramènent leur attention vers les accidents qu'ils ont éprouvés. Un médecin célèbre de l'antiquité, Thémison, ayant donné des soins à un de ses amis attaqué de la rage, en fut tellement affecté, au rapport de Dioscoride, que des symptômes semblables se développèrent chez lui. Il essaya plusieurs fois, longtemps après sa guérison, d'écrire sur cette terrible maladie; mais l'anxiété que lui causait le souvenir du mal qu'il avait éprouvé ne le lui permit pas. Schmidt rapporte qu'une jeune fille, qui avait eu le bonheur de survivre à l'hydrophobie, éprouvait chaque année, vers l'époque où elle avait été mordue par un chien, un léger égarement d'esprit et de l'aversion pour les liquides. Fabrice de Hilden raconte encore, d'après le témoignage d'Abel Roscuis, médecin de Lausanne, qu'une dame qu'un chien avait mordue au bras ressentait, tous les sept ans, de la douleur dans la cicatrice : mais ce fait, cité par beaucoup d'auteurs, n'a point de rapport avec la rage; la malade n'avait éprouvé aucun symptôme d'hydrophobie, et le chien qui l'avait mordue ayant été tué immédiatement après, il n'est pas certain qu'il fût enragé.

» La rage spontanée s'est quelquefois montrée sous le type intermittent. Lister a rapporté l'observation d'un homme qui, après avoir été mordu par un animal

enragé, ou considéré comme tel, fut pris tous les sept jours, pendant trois ans qu'il vécut, d'un accès de rage qui se montrait à l'heure même où il avait été mordu.

» Un jeune homme, ayant remarqué qu'une petite chienne n'aboyait plus et ne buvait point, avait, pour en chercher la cause, introduit sa main dans la gueule de cet animal, qui peu de jours après mourut enragé. Au bout de trois semaines, ce jeune homme commença à éprouver chaque jour un ou deux accès qui duraient une heure environ, et qui étaient marqués par une douleur de tête atroce, la constriction du pharynx et le tremblement du pouls. Dans l'intervalle des accès, qui se reproduisirent pendant une semaine, il se livrait à un travail ordinaire, et suait abondamment; il guérit sans faire de remède. C'est à tort que Van Swieten rapporte cette affection à la rage communiquée. » (Chomel, *Dict. de méd.* en 30 vol, t. XV, p. 590.)

D'après les faits que l'auteur cite dans ce passage, et dont la plupart sont à peine dignes d'un conciliabule de commères, on voit qu'il est déjà assez difficile de savoir s'il existe réellement une hydrophobie rabiforme; d'après la description basée sur ces faits, il n'est pas moins difficile de voir en quoi cette hydrophobie, si elle existe réellement, diffère de la véritable rage. Aussi, quand M. Chomel veut faire le diagnostic de l'une et de l'autre, il établit, comme premier caractère différentiel, que dans l'hydrophobie rabiforme le malade n'a pas été mordu, qu'il ne peut, par conséquent, avoir la rage *communiquée*, tandis que c'est le contraire dans l'hydrophobie véritablement rabique. Quant aux autres signes différentiels tirés de la différence de longueur de la période d'incubation ou de l'espace écoulé depuis le fait qui est le point de départ de la maladie jusqu'au moment de son développement; à l'accroissement graduel des symptômes dans la rage, opposé aux intermittences qui existent *le plus souvent* dans l'hydrophobie, etc., ce sont là autant de caractères basés sur des différences de plus ou de moins, qui le plus souvent sont illusoires, et qui, lorsqu'ils existent, sont parfaitement insuffisants pour établir une différence de nature dans les deux maladies. M. Chomel lui-même a d'ailleurs tellement bien senti ces difficultés, qu'après s'être efforcé d'établir la différence de la rage et de l'hydrophobie rabiforme, il se pose une dernière question, qu'il traite de la manière suivante :

« Il nous reste à examiner un dernier point de l'histoire de l'hydrophobie spontanée. Cette affection peut-elle devenir contagieuse chez l'homme comme le devient chez les animaux carnivores la rage qu'on peut appeler primitive? ou, pour nous exprimer plus clairement, l'homme peut-il devenir véritablement enragé sans avoir été mordu par un animal atteint de la rage? Un fait peu connu, puisque les auteurs des articles Hydrophobie et Rage du *Dictionnaire des sciences médicales* n'en ont fait aucune mention, jugerait affirmativement cette question, si un fait unique suffisait pour la juger.

» Une dame, de trente-quatre ans, apprend la mort de son mari, et en éprouve un chagrin violent; le lendemain elle essaie de prendre une boisson; après en avoir avalé la moitié, elle ne peut continuer. Elle se plaint de chaleur et de constriction à la gorge, qui néanmoins ne l'empêchent pas de prendre le soir un peu de bouillon. Après une nuit agitée, la chaleur et la constriction de la gorge augmentent; la déglutition est plus difficile dans la soirée, l'horreur des liquides se joint aux autres symptômes, la vue des boissons et l'agitation de l'air causent un frissonnement convulsif. Le regard est farouche, égaré; il survient une sputation fréquente; l'aspect des corps brillants provoque des accès de fureur et de convulsions. La malade succombe le cinquième jour dans un état de faiblesse extrême. La malade et les personnes qui l'entouraient affirmèrent qu'elle n'avait été mordue par aucun animal. Un chien, très caressant, qu'elle avait auprès d'elle, et qui lui lécha souvent la bouche pendant le cours de sa maladie, n'éprouva rien pendant les quatorze jours qui suivirent immédiatement la mort de sa maîtresse. Au bout de ce temps, on vit se développer chez lui tous les symptômes de la rage, à laquelle il succomba dans l'espace de quatre jours. » (Thèse de M. Busnout, Paris, 1814, n° 17. Chomel, *loc. cit.*, p. 590.)

Nous sommes loin d'attacher à un fait aussi peu rigoureusement décrit une plus grande importance qu'il ne doit avoir : nous ne pensons pas qu'il puisse prouver l'existence de la rage spontanée : mais ce qu'il est bon de faire observer, c'est que ce fait est parfaitement analogue à ceux qui ont été mentionnés dans le passage précédemment cité, et relatif à l'hydrophobie rabiforme. Or, puisque, à supposer que ce fait fût vrai, on admet que ce serait un exemple de rage spontanée, on ne voit guère pourquoi on n'interpréterait pas de même tous les autres.

Il nous reste maintenant à dire quelques mots de la place que la rage occupe dans les cadres nosologiques, et des raisons qui nous ont engagé à en placer ici la description. La rage est-elle bien une véritable névrose? Si l'on ne consulte que l'anatomie pathologique, on n'en saurait douter, ainsi qu'on va le voir.

Anatomie pathologique. — La rage ne laisse sur les sujets qui en ont été victimes aucune lésion appréciable. Les poumons sont généralement congestionnés, comme dans l'asphyxie, et parfois emphysémateux ; le larynx et la trachée contiennent une certaine quantité de mucosités écumeuses; la muqueuse qui tapisse ces conduits est parfois d'un rouge violacé, mais elle a son épaisseur et sa consistance, et n'est point manifestement enflammée, quoi qu'en ait dit Trolliet. Les centres nerveux ne présentent d'autre altération qu'un état de congestion veineuse et d'infiltration sous-arachnoïdienne; mais les méninges et la pulpe nerveuse sont exemptes d'inflammation. Enfin, les organes digestifs, depuis la bouche et les glandes salivaires jusqu'au rectum, ne présement aucune espèce d'altération. Quelquefois seulement on trouve les papilles de la base de la langue un peu développées, et la muqueuse du pharynx sèche et rouge, ce qui s'explique par les contractions spasmodiques dont le pharynx a été agité pendant la vie, et surtout par la privation de toute espèce de boissons pendant toute la durée de la maladie. Le sang, observé pendant la vie ou après la mort, n'a offert non plus rien à noter dans son aspect extérieur. Ainsi, chez les sujets morts d'hydrophobie rabique, on ne trouve que des lésions variables et purement accidentelles ; il en est de même chez les animaux. Les observations publiées jusqu'à ce jour, pour prouver que dans la rage il y a une inflammation de la muqueuse des voies aériennes et digestives, ou des centres nerveux, ne peuvent inspirer aucune confiance ; car on peut se convaincre qu'il a suffi aux auteurs d'une simple rougeur, ordinairement passive, pour admettre l'existence d'une phlegmasie.

On ne peut disconvenir que, d'après l'absence de toute lésion importante, comme d'après la nature des symptômes qui semblent surtout dépendre d'un trouble profond dans le système nerveux central, la rage n'offre les caractères d'une véritable névrose. Cependant, si l'on ne voit pas la lésion qui cause tous ces désordres, on la sent pour ainsi dire, et la raison indique qu'elle doit être produite par l'introduction dans l'économie d'un principe spécial qui altère probablement les fluides à la manière de la morve et de la syphilis. Ce principe peut être transporté d'un individu sain à un individu malade ; son existence ne peut donc être mise en doute. Pour toutes ces raisons, nous aurions renvoyé l'histoire de la rage à celle des maladies virulentes, si nous n'avions pas tenu à ne pas nous écarter d'une classification encore généralement suivie.

Traitement. — Pour prévenir la rage, il faut se hâter de détruire le poison dans le lieu où il a été déposé, et avant que l'absorption l'ait transporté au loin. Si l'on était témoin de l'accident, il faudrait aussitôt appliquer une ligature très serrée entre la plaie et le cœur, ou mieux encore empêcher l'absorption de se faire sur la morsure, en plaçant celle-ci sous le verre d'une ventouse. En même temps des cautères seront mis au feu, et aussitôt rougis on les promènera sur la surface de la plaie et à quelques lignes au delà ; on fera en sorte que le fer rouge pénètre partout où la dent de l'animal a plongé. Toute excoriation, quelque superficielle qu'elle soit, devra être brûlée. Cependant si la partie était tellement mâchée qu'il fût impossible de la cautériser sûrement, on ne devrait pas hésiter à l'extirper. C'est ainsi que le nez, un doigt, et même un membre entier, ont

dû souvent être emportés. Si l'on n'est consulté qu'après la cicatrisation de la plaie, il faut inciser la cicatrice et la brûler comme on eût fait pour une plaie récente. Il est reconnu que le cautère actuel est ici plus fidèle que les caustiques liquides ou solides. Peut-être pourtant faisons-nous une exception en faveur du caustique de Vienne solidifié. Quoi qu'il en soit, rappelons encore une fois que, pour que la cautérisation soit efficace, on doit la faire le plus tôt possible et détruire entièrement toutes les parties touchées par le virus. On devra même, pour être sûr de les comprendre toutes, porter l'action du caustique au delà des limites du mal. Il vaut mieux ici pécher par excès que par défaut. On devra encore cautériser même dans le cas où l'animal qui a mordu est seulement suspecté de rage. Enfin, quoique la transmission de la rage de l'homme à l'homme ne soit pas démontrée, on devrait, en raison même de cette incertitude, recourir à la cautérisation des morsures qu'un individu enragé pourrait faire à un de ses semblables. C'est la précaution qui fut prise à l'égard d'un des médecins les plus recommandables de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui fut mordu au doigt par un hydrophobe il y a plusieurs années.

Contre la rage déclarée ont été employés une foule de remèdes; les principaux sont: les saignées sous toutes les formes, la belladone, l'opium, le musc, le camphre, le castoréum, l'arsenic, le mercure, le nitrate d'argent, les cantharides, l'ammoniaque, le sulfate de quinine, l'acide cyanhydrique, le chlore, etc., le tout à des doses souvent énormes; la galvanisme, les injections d'eau dans les veines, et jusqu'à l'inoculation du virus de la vipère. Malgré toutes ces tentatives, il ne reste encore quelque espoir que dans une expérimentation nouvelle et plus heureuse. (Trolliet, *Nouveau Traité de la rage*. Lyon, 1820, in-8°.)

ARTICLE X.

OEsophagisme.

Cette singulière maladie, qui a été étudiée pour la première fois en 1833 par un médecin des plus distingués de province, dont la science déplore la perte prématurée, le docteur Mondière, n'a fait le sujet d'aucune nouvelle recherche depuis que le travail de cet ingénieux observateur a été publié. C'est donc dans ce travail remarquable, et presque neuf encore aujourd'hui, qu'on doit prendre tous les éléments de l'histoire de l'œsophagisme.

« L'œsophagisme, dit le modeste et savant Mondière, consiste en une constriction plus ou moins complète et durable du canal pharyngo-œsophagien, et pouvant produire une dysphagie absolue, ou empêcher seulement la déglutition des corps solides ou liquides. Tantôt ce spasme est borné au pharynx ou à l'œsophage, tantôt il occupe en même temps ces deux conduits. Cette distinction, bonne à établir par rapport aux symptômes, est beaucoup moins importante cependant que celle qui, fondée sur les causes de la maladie, la fait considérer tantôt comme idiopathique et tantôt comme symptomatique.

» Il est deux états pathologiques, l'hystérie et l'hypochondrie, dans lesquels on observe fréquemment le spasme de l'œsophage. Sans être hystériques ou hypochondriaques, les personnes qui sont douées d'une grande susceptibilité nerveuse y sont également très sujettes, et chez elles il n'est souvent besoin pour la produire que de l'exposition à un courant d'air ou de l'influence d'une atmosphère fortement chargée d'électricité. Dans ce cas, la maladie cesse le plus ordinairement un peu de temps après la cause qui l'a produite. Chez les hystériques, la fin de l'accès marque habituellement aussi celle de la dysphagie; quelquefois cependant elle persiste. Ainsi le docteur Albert a vu une femme en proie à une affection hystérique des plus violentes, et qui pendant sept à huit mois fut atteinte d'une telle constriction spasmodique du gosier, qu'elle ne pouvait avaler qu'un peu de bouillon. Elle était réduite à une extrême maigreur.

» Cette fréquence de la dysphagie spasmodique dans l'hystérie n'aurait rien de surprenant, si l'opinion du docteur Prus venait à être prouvée. Cet auteur pense, d'après son observation, que la huitième paire de nerfs doit être regardée comme pouvant être le siége de l'hystérie tout aussi bien que le cerveau, la moelle épi-

nière, la matrice, le canal digestif, que l'on a accusés tour à tour d'être la cause exclusive des phénomènes dits hystériques. L'anatomie, en nous faisant connaître les nombreux filets que les nerfs pneumo-gastriques envoient à l'œsophage, rend cette opinion bien plus probable que celle de Willis, qui fait dépendre le resserrement du gosier dont se plaignent les femmes hystériques, d'une congestion du fluide nerveux dans les ganglions du nerf intercostal.

» Les causes qui peuvent donner lieu à l'œsophagisme idiopathique sont principalement les affections vives de l'âme, les passions tristes, un courant d'air froid, l'électricité atmosphérique, la déglutition d'un liquide froid quand le corps est en sueur, celle de certaines substances vénéneuses ou autres, comme la jusquiame, l'arsenic, les champignons, les fruits de hêtre, celle de corps durs ou volumineux. C'est à cette dernière cause que nous croyons devoir rapporter ces dysphagies attribuées à un prétendu déplacement des appendices cartilagineux de l'os hyoïde dont on a peine à se rendre compte, et que les auteurs qui citent de semblables observations n'expliquent qu'au moyen d'hypothèses difficiles à admettre. Nous nous appuierons, comme plus récemment observé, sur le fait du docteur Mugna. Sans rapporter ici cette observation dans tous ses détails, nous dirons seulement que le sujet, vieillard d'une constitution grêle et affaiblie, en avalant un gros morceau de tendon de bœuf qu'il avait à peine écrasé sous les dents, éprouva tout à coup une sensation de gêne très prononcée, comme si le morceau de tendon se fût arrêté à l'entrée de l'œsophage. Bientôt il est tourmenté par un besoin continuel et des efforts inutiles de déglutition, sans pouvoir avaler même sa salive ni aucune goutte de liquide. Aussitôt après ces efforts infructueux, on entendait un bruit analogue à celui produit par de l'air qui aurait remonté de l'œsophage avec bruissement. Une sonde parcourait facilement tout l'œsophage, et la sensation qu'éprouvait le malade disparut spontanément quand le docteur Mugna, ayant introduit deux doigts dans l'arrière-gorge, eut imprimé quelques mouvements à l'os hyoïde.

» Pour appuyer notre opinion, nous dirons que l'anatomie nous démontre combien est difficile, pour ne pas dire impossible, un semblable déplacement des cornes de l'os hyoïde; que souvent des corps durs et volumineux ont produit des spasmes de l'œsophage; que ce bruissement observé chez le malade du docteur Mugna l'a été également, dans la dysphagie spasmodique, par Monro et par notre ami et premier maître le docteur Latourelle, praticien distingué de Loudun, chez un malade qui, pendant longues années, fut souvent, au milieu de ses repas, pris de spasme de l'œsophage. Enfin le résultat obtenu par les mouvements imprimés à l'os hyoïde s'expliquera facilement quand nous aurons fait voir, en parlant du traitement, combien est grande l'influence de la compression pour la guérison du spasme dont nous parlons.

» Mais revenons aux causes de l'œsophagisme. Parmi ces causes, il faut mettre les corps qui séjournent dans l'œsophage, l'inflammation plus ou moins profonde de la muqueuse de ce conduit, inflammation qui se propage aux nerfs qui se distribuent à ce canal, et en produit le resserrement spasmodique ou même l'oblitération. C'est encore par cette participation des nerfs à l'inflammation des tissus auxquels ils se distribuent qu'on explique d'une manière satisfaisante ces espèces d'asthmes à la suite desquels on ne trouve aucune lésion grave des poumons et du cœur, mais seulement une inflammation de la muqueuse trachéo-bronchique, et qui s'observent chez les personnes douées d'une grande susceptibilité nerveuse. L'action trop violente d'un vomitif donné inconsidérément l'a également produit. M. Carron, médecin à Annecy, rapporte qu'un homme atteint de dyspepsie prit, d'après le conseil d'un empirique, une forte dose d'émétique. Il y eut des vomissements énormes, des douleurs d'estomac aiguës, et au bout de quelques heures difficulté dans la déglutition, qui fut bientôt impossible. L'œsophage était si hermétiquement fermé, que le malade ne pouvait avaler même une goutte de liquide. Everard Home l'a vu survenir chez une dame qui, en passant d'Irlande en Angleterre, éprouva un violent mal de mer, accompagné d'envies de

vomir qui se prolongèrent pendant plusieurs heures. M. Mauclerc a vu la disparition, au moyen de répercussifs, d'une dartre qui occupait toute la partie supérieure de la main droite être suivie d'un spasme de l'œsophage qui rendit la déglutition bientôt impossible. Une seule goutte d'eau livrait la malade à d'affreux efforts. Pareil phénomène s'est présenté à la suite de la disparition brusque d'un accès de goutte et de rhumatisme. Courant a vu, au contraire, l'œsophagisme cesser par le retour d'une violente douleur de goutte. Stoll avait déjà dit que l'hystérie n'était que la matière volatile de la goutte, et que lorsque cette matière se déposait vers l'œsophage, il en résultait le globe hystérique. Hoffmann l'a vu succéder à la suppression d'un flux hémorrhoïdal.

» Dans un cas rapporté dans la clinique médicale, le spasme de l'œsophage fut produit par une violente contusion de l'épigastre chez un jeune homme de vingt-six ans. Cinq heures après avoir reçu le coup, le malade veut prendre un verre d'eau sucrée, mais la déglutition est impossible, et il se déclare aussitôt des contractions spasmodiques des muscles de la gorge qui l'empêchent d'avaler et d'articuler un seul mot.

» D'après un fait du docteur Stevenson, fait que nous rapporterons en parlant du traitement, il semblerait que l'œsophagisme serait héréditaire; du moins la fille de la malade dont il est question ici fut dès son enfance tourmentée de la même affection que sa mère. Il peut aussi dépendre d'un vice de conformation de l'œsophage : telle était la personne dont parle Everard Home, qui éprouvait depuis son enfance une étroitesse de gosier. Si la mastication n'était pas parfaite, ou si le malade avalait précipitamment, il survenait un état spasmodique de l'œsophage et une espèce de suffocation.

» Le spasme de l'œsophage n'est souvent que le résultat de l'imagination. Sans citer le fait rapporté par Lentilius, qui parle d'une femme qui pouvait facilement avaler toute espèce de boissons ou d'aliments, mais qui ne put jamais avaler une hostie, nous citerons le fait bien plus intéressant que le professeur Boyer a consigné dans son *Traité des maladies chirurgicales*. Il s'agit d'une femme hystérique, qui, depuis trois mois et après avoir ressenti quelques picotements et de la douleur en mangeant un morceau de poulet, n'avait osé avaler aucun aliment solide par la crainte d'être étranglée. Zimmermann parle d'un prêtre dans la trachée-artère duquel quelques gouttes de bouillon tombèrent, et qui depuis ce moment ne put, malgré les plus grands efforts, avaler une seule goutte d'un liquide semblable. Les faits de cette nature ne sont pas rares; et pendant que nous exercions la médecine à Paris, nous avons donné des soins à une jeune hypochondriaque, au gosier large, qui, malgré des efforts violents et répétés, n'a jamais pu avaler une seule pilule de Méglin. Lorsque cette pilule atteignait le fond du pharynx, il y avait mouvement convulsif des muscles de la face et de la gorge, et la pilule était rejetée.

» Sans doute les convulsions du pharynx et de l'œsophage sont quelquefois un symptôme de la rage, et entièrement sous la dépendance de cette terrible maladie; mais aussi combien de fois n'a-t-on pas considéré comme hydrophobes des individus qui étaient seulement atteints de spasme de l'œsophage, et chez lesquels une susceptibilité nerveuse extrême, jointe à l'influence de l'imagination, suffisait pour développer tous les accidents du tétanos rabique. Tel est le malade dont M. Serres rapporte l'observation, et qui fut atteint d'une constriction à l'estomac et à l'œsophage, et bientôt de la plupart des autres symptômes de la rage, plus de deux ans après avoir été mordu par un chien, qui fut tué deux jours après, quoiqu'il n'eût présenté aucun des signes de la rage. Telle est surtout l'observation de cet individu qui, rentrant en France après une absence de vingt ans, et apprenant que son père avait succombé aux suites de la morsure d'un chien dont il avait également été mordu, fut aussitôt pris des symptômes de la rage et y succomba. Il nous serait facile d'accumuler des faits qui serviraient de preuves à notre opinion; mais nous nous contenterons d'ajouter les observations suivantes :

» Le docteur John Ferriar rapporte

qu'un homme fut, ainsi que sa femme, mordu par un chien qu'il croyait enragé. La femme ne craignait aucun danger; mais le mari, homme maigre et hypochondriaque, s'imagina qu'il avait un embarras dans le gosier et qu'il ne pouvait avaler. Il persista pendant quinze jours à croire qu'il était enragé, et ne quitta point son lit, attendant ainsi la mort. Ferriar lui fit remarquer que les personnes atteintes de la rage connue mouraient le huitième jour; cette réflexion le décida à quitter son lit et à reprendre son train de vie ordinaire. M. Barthélemy, professeur à l'école d'Alfort, ayant été mordu par un chien malade, se crut atteint de la rage. Pendant trois jours il ne put rien avaler, et la vue de l'eau lui faisait éprouver comme des commotions électriques. Enfin le docteur Barbantini rapporte qu'un homme étant à chasser, rencontra un chien sur lequel le sien s'élança. Les deux animaux commencèrent à se battre avec fureur, et le chasseur, pour parvenir à les séparer, essaya de tirer son chien par la queue, et en reçut un léger coup de dent à la jambe. Cette blessure, du reste, était si peu grave, que le troisième jour elle était tout à fait cicatrisée. Cependant le chien s'égara et ne revint pas à la maison. Le maître alors s'imagina qu'il était enragé, et l'idée de cette terrible maladie agit tellement sur son imagination, que le lendemain il présenta tous les symptômes de l'hydrophobie. Quatre jours se passèrent sans qu'il pût avaler ni liquides ni solides; il avait même eu déjà quelques accès de fureur, lorsqu'enfin le neuvième jour après l'accident son chien reparut. Aussitôt cet animal fut mené dans la chambre de son maître, qu'il flatta comme il avait coutume de le faire, et dès ce moment les signes de l'hydrophobie disparurent pour ne plus revenir. Ce sont sans doute des faits de cette nature qui ont porté Bosquillon à émettre cette idée que l'hydrophobie était une affection purement nerveuse.

» Parmi les organes dont les altérations peuvent sympathiquement produire le spasme de l'œsophage, il faut compter surtout le larynx et les poumons, la matrice et ses dépendances, enfin l'estomac.

» Nous avons déjà cité, dans un de nos précédents mémoires, l'observation intéressante d'une ulcération du larynx, qui, donnant lieu au spasme de l'œsophage, fit croire à un rétrécissement organique de ce conduit. Howship rapporte également deux observations dans lesquelles la contraction spasmodique de l'œsophage se trouva coïncider avec une ulcération du larynx et avec une phthisie pulmonaire. Dans un de ces cas, l'autopsie montra la partie qui avait été le siége du spasme contractée dans l'étendue d'un demi-pouce; elle céda à un léger effort, et l'on put voir aisément que les membranes n'étaient nullement épaissies.

» Le docteur Maria Gelcen, auteur d'un bon *Mémoire sur les sympathies*, dit avoir connu une dame, âgée d'environ trente-quatre ans, qui était depuis quelque temps atteinte d'un spasme de l'œsophage dépendant d'une lésion des organes de la génération. M. Burdin, instruit par sa pratique, rapporta à une altération de l'utérus ces constrictions presque continuelles et gênantes, sans symptômes hystériques, qu'éprouvaient plusieurs femmes dont les observations furent communiquées à l'Athénée, dans sa séance du vingt-cinq février 1820. Nous avons nous-même observé dernièrement cet accident chez une fermière des environs de Loudun, à laquelle nous fûmes appelé à donner des soins pour une ménorrhagie qui durait depuis douze jours, et que le toucher nous fit reconnaître dépendre d'une inflammation chronique de la matrice avec hypertrophie de toute sa partie postérieure. L'état de faiblesse de cette femme nous empêcha de recourir aux évacuations sanguines: mais par l'emploi de la décoction de ratanhia, des bains de siége, des demi-lavements avec le laudanum, nous vîmes successivement disparaître les douleurs de reins et de la matrice, l'hémorrhagie et enfin le spasme de l'œsophage, dont le retour, coïncidant exactement avec l'exaspération des douleurs et l'expulsion des caillots, annonçait suffisamment quels rapports unissaient ces accidents.

» La matrice, chargée du produit de la conception, a quelquefois aussi développé ces effets sympathiques. Ainsi Riedlin rapporte qu'une femme fut, pendant les derniers mois de la grossesse, tourmentée par un spasme de l'œsophage qui l'em-

pêchait d'avaler tout aliment solide. Ce phénomène disparut après l'accouchement.

» L'inflammation simple de l'estomac a suffi quelquefois pour déterminer l'œsophagisme, comme le spasme de l'urètre s'observe dans l'inflammation de la vessie. Abernethy a donné des soins à une dame que l'on considérait comme atteinte de rétrécissement organique de l'œsophage. Cette malade éprouvait depuis longtemps de la difficulté dans la déglutition, et lorsqu'elle prenait des aliments, elle était obligée de boire après chaque bouchée pour la faire descendre dans l'estomac. Abernethy ayant égard aux troubles de la digestion annoncés par des vomissements, la constipation, etc., donna quelques purgatifs, et vit, sous leur influence, l'œsophagisme disparaître; mais son existence était tellement liée à l'état des intestins, qu'il reparaissait à chaque rechute qu'éprouvait la malade. Mais c'est principalement dans les affections organiques de l'estomac qu'on a observé la dysphagie spasmodique. Howship, Abernethy, Heineken, Monro, etc., citent des faits de cette nature. On l'a vue survenir dans quelques maladies du cerveau. M. Brieu, médecin à Draguignan, en a rapporté une observation intéressante; le malade succomba d'inanition. A ce sujet nous dirons qu'Hoffmann plaçait les causes les plus terribles du spasme de l'œsophage dans l'inflammation de la partie supérieure de la moelle épinière.

» Portal cite l'observation d'une dame qui succomba après avoir éprouvé de la difficulté à parler, et à avaler surtout les liquides, qui refluaient souvent dans les fosses nasales. A l'autopsie, on s'attendait à trouver le siége de la maladie dans le larynx et le tube pharyngo-œsophagien; mais ces parties étaient dans l'état le plus sain. Le péricarde, d'un rouge violet, adhérait au cœur par des fausses membranes.

» L'œsophagisme peut être sous la dépendance de douleurs rhmatismales, comme semble le prouver l'observation rapportée par Trolliet, et qu'il décrit sous le nom de globe antipéristaltique de l'œsophage. La sensation de ce globe parut toujours au moment où les douleurs des lombes se faisaient sentir avec le plus de force. Courant l'a vu accompagner une dentition difficile, et persister au point de faire périr les enfants d'inanition. M. Bouteille l'a vu produit par des vers qui s'étaient développés dans l'oreille, et le docteur Uberto Bettali par le tænia. Portal dit l'avoir observé chez des personnes qui avaient éprouvé de vives douleurs par des opérations chirurgicales ou pendant l'accouchement. Enfin nous rappellerons que, dans un travail précédent, nous avons noté comme un fait très commun la contraction spasmodique de l'extrémité supérieure de l'œsophage, alors qu'il existe dans la portion inférieure un rétrécissement organique. » (Mondière, *Archiv. génér. de méd.*, avril 1833.)

Symptômes.—Le spasme de l'œsophage survient ordinairement tout à coup, souvent même au milieu d'un repas et dans un état de santé parfaite.

Monro parle d'un individu déjà âgé qui, deux fois dans le cours de sa vie, fut tout à coup, au milieu de son dîner, pris d'un spasme de l'œsophage qui l'empêcha d'avaler. La première attaque dura quelques heures seulement, et fut dissipée au moyen d'un lavement anodin; la seconde dura quatre jours. Cette circonstance de l'invasion de la maladie pendant le repas en a souvent imposé aux malades, et leur a fait croire qu'un corps étranger s'était arrêté dans l'œsophage.

Les symptômes que l'on observe dans la dysphagie spasmodique varient selon le point de l'œsophage affecté. Lorsque le spasme occupe le pharynx sur la partie supérieure de l'œsophage, la déglutition est tout à fait impossible, les aliments sont rejetés tout de suite et avec force. La déglutition s'opère, au contraire, lorsque la constriction existe dans un point rapproché de l'estomac; mais arrivé à ce point, le bol alimentaire est arrêté, et peut séjourner longtemps dans l'œsophage, comme Monro l'a vu, ou être bientôt ramené dans la bouche par un mouvement de régurgitation suivi d'une douleur vive qui, commençant au pharynx, se propage jusqu'à l'estomac. Cette régurgitation n'est pas toujours douloureuse. Courant rapporte qu'il a vu le bol alimentaire rester pendant un certain temps renfermé dans l'œ-

sophage, être ramené successivement de la partie supérieure à la partie inférieure de ce conduit, et être enfin tout à coup, ou rejeté avec violence au dehors, ou précipité dans l'estomac.

Nous aurons occasion de mentionner plus bas quelques anomalies que présente le spasme de l'œsophage ; mais nous croyons devoir faire connaître, dès à présent, celle dont Hoffmann a été témoin. Cet auteur a vu une femme qui pendant longtemps fut tourmentée de cette maladie, et qui offrit cette particularité que, dans le commencement, il n'y avait que le dernier bol alimentaire qui était arrêté dans l'œsophage, et que, pour le faire arriver dans l'estomac, elle était obligée de boire beaucoup. Spies rapporte un fait semblable, que Morgagni a eu tort, ce nous semble, de considérer comme une paralysie.

Quelquefois, lorsque les malades mâchent lentement, et qu'ils saisissent l'instant favorable, qu'ils trompent, pour ainsi dire, le spasme de l'œsophage (*ut si ita loqui fas est*, *gulæ spasmum falleret*, dit Courant qui a observé un cas de ce genre), ils peuvent avaler les liquides et même les solides.

Toutefois, ce n'est pas toujours impunément que les malades essaient d'avaler des aliments solides ou liquides. Chez un malade, dont nous avons déjà parlé en énumérant les causes de l'œsophagisme, la déglutition de la moindre quantité de liquide produisait de violents spasmes qui l'obligeaient à se cramponner à son lit et à renverser fortement la tête en arrière ; la face devenait d'un rouge livide. Un autre perdait connaissance, et faisait entendre un bruit semblable à celui que ferait un homme en se gargarisant. Hoffmann en a vu un tomber dans des angoisses inexprimables, parce que les aliments qu'il avait essayé d'avaler ne pouvaient ni être rejetés par régurgitation, ni entraînés dans l'estomac par des liquides, moyen qui lui réussissait quelquefois.

Les symptômes que nous venons d'énumérer ne deviennent sensibles que quand les malades essaient d'avaler. Ceux que nous allons exposer existent ordinairement pendant toute la durée des accès, et sont toujours augmentés par la déglutition.

Les malades éprouvent ordinairement, dans le trajet de l'œsophage, de la gêne, qui chez quelques uns se change en constriction douloureuse. Tantôt cette sensation suscite des efforts d'expectoration et fait craindre la suffocation ; tantôt elle donne lieu à des efforts violents pour vomir ; quelquefois à des vomissements et au rejet d'un mucus abondant et limpide. Les malades ont souvent la sensation d'une boule qui, de l'estomac, remonte aux pharynx et les empêche de respirer librement. Hoffmann a donné des soins à un malade qui éprouvait, surtout la nuit, la sensation de la présence d'un œuf de pigeon, tantôt à la partie supérieure, tantôt à la partie inférieure de l'œsophage près du cardia. Cette sensation disparaissait momentanément après qu'il avait rejeté beaucoup de vents, mais elle revenait bientôt après.

On observe fréquemment le hoquet et une douleur plus ou moins vive à la région précordiale. Lorsque les accès sont violents, il y a impossibilité complète d'avaler et gêne considérable de la respiration. Souvent il existe une soif vive et d'autant plus incommode que les malades ne peuvent la satisfaire.

Ce symptôme a été observé par plusieurs auteurs, et semblerait confirmer l'opinion du docteur Perrier, qui disait en parlant de la soif: Mais elle dépend souvent d'une espèce d'état nerveux et convulsif du pharynx et de l'œsophage. Au reste, cette opinion, qui consiste à faire regarder l'œsophage comme le siége de la soif, a été proposée par plusieurs physiologistes.

Souvent le spasme se propage aux organes de la respiration, et aux accidents que nous avons énumérés viennent se joindre tous les phénomènes d'une suffocation imminente ; la voix est éteinte, la respiration se fait par saccades et à de longs intervalles.

C'est dans des cas de cette nature où l'éréthisme nerveux est devenu général et est porté à un degré très élevé, que l'on a vu, surtout lorsque l'imagination vient aggraver encore ce trouble profond de l'économie, survenir par la respiration d'un air frais, par la déglutition ou seulement à la vue d'un liquide, ces accidents terribles et trop souvent mortels, dont l'ensemble a reçu le nom d'hydrophobie.

Nous avons déjà indiqué une des anomalies que peut présenter le spasme de l'œsophage, relativement à la déglutition ; et comme celles qui nous restent à exposer sont très nombreuses, nous nous contenterons de signaler les principales. Tantôt les boissons chaudes passent plus facilement que les froides, tantôt le contraire a lieu ; le plus ordinairement les liquides seuls peuvent être avalés, d'autres fois ce sont les substances solides seulement. Elselenius a vu un homme qui avalait sans difficulté les aliments tant solides que liquides lorsqu'ils étaient chauds, et qui, aussitôt qu'il essayait d'avaler quelque chose seulement à la température de l'atmosphère, sentait une espèce de râclement dans le gosier ; l'orifice de l'estomac se resserrait et l'aliment restait dans l'œsophage jusqu'à ce qu'il eût bu quelque chose de chaud ; alors l'orifice cardiaque se dilatait et le bol alimentaire pénétrait dans l'estomac. Thomas Percival, Bleulaud citent des cas semblables. Le contraire s'observe aussi, et nous verrons même, à l'article du *Traitement*, que la glace a dissipé quelquefois la maladie. Courant a vu les aliments solides parcourir aisément toute l'étendue de l'œsophage, et les liquides ne pouvaient être avalés, ou ne parvenir dans l'estomac que goutte à goutte. Dumas a donné des soins à une malade chez laquelle aussi la déglutition des solides se faisait plus facilement et avec moins de douleur que celle des liquides. Enfin nous rappellerons qu'Hoffmann cite une femme chez laquelle ce n'était que le dernier bol alimentaire qui restait dans l'œsophage.

Marche, durée. — Le spasme de l'œsophage n'a point de durée fixe. Il peut n'exister que vingt-quatre heures ou se prolonger sans le moindre rémission, pendant des jours entiers. Osterdyk en a vu un durer douze jours sans le moindre relâche. Le dernier cas est rare, car si l'œsophagisme se prolonge pendant des mois et même des années, comme Zimmermann l'a observé chez une dame qui en était atteinte depuis cinq ans, et que l'on avait condamnée comme ayant un rétrécissement organique, il y a toujours des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels les malades peuvent facilement avaler. Cette maladie peut même revêtir une marche intermittente ; du moins a-t-on cru devoir rapporter à cette affection l'observation d'une gêne à avaler, accompagnant une fièvre intermittente, et se montrant chaque jour avec une intensité très inquiétante. Le quinquina arrêta cette maladie. Dumas a observé un fait analogue.

Anatomie pathologique. — Le spasme de l'œsophage étant rarement mortel, on a eu peu d'occasions d'observer les lésions anatomiques qu'il laisse à sa suite. Sans doute dans les spasmes récents, le resserrement s'efface tout à fait quand la cause qui l'a produit vient à disparaître ; mais il en est de même dans les cas où la maladie a eu une longue durée. Nous ne connaissons aucun fait qui l'établisse d'une manière positive. Nous dirons cependant que Billie, sans rapporter d'observations, dit qu'après la mort on trouve l'œsophage plus ou moins contracté dans une partie quelconque, et plus dur que dans l'état naturel ; que Howship l'a vu resserré dans un point, mais sans altération aucune des tissus, et que Larrey a trouvé le pharynx et l'œsophage contractés avec force sur quelques cadavres de tétaniques.

Pour terminer ce qui a rapport à l'anatomie pathologique, ajoutons que Monro pense que la muqueuse de l'œsophage affecté de spasme peut faire hernie à travers les fibres musculaires, et former une poche plus ou moins volumineuse ; et que Charles Bell, en parlant des dilatations que présentent quelquefois le pharynx et l'œsophage, dit qu'elles peuvent reconnaître pour causes les efforts répétés pour exécuter la déglutition, alors que l'œsophage est atteint de spasme.

Traitement. — « La nature seule, dit Mondière, de la maladie dont nous nous occupons, semble assez indiquer dans quelle classe de médicaments il convient d'aller chercher des armes pour la combattre. Si l'on consulte les auteurs qui ont écrit sur l'œsophagisme, tous s'accordent bien sur les bons effets que l'on retire généralement des médicaments dits antispasmodiques et narcotiques ; mais ils se taisent sur leur mode d'administration, et ne parlent point de quelques autres moyens thérapeutiques qui comptent cependant plus de succès, et d'autant plus importants à connaître que les premiers échouent souvent. Ainsi, c'est

en vain que Dumas donna à la malade dont nous avons parlé, d'après lui, les antispasmodiques sous toutes les formes, à l'intérieur comme à l'extérieur. Alors même que les antispasmodiques n'échoueraient pas aussi souvent, il resterait encore, comme nous le disions tout à l'heure, à déterminer quelle serait la manière la plus favorable de les administrer. Les auteurs classiques nous laissent, à cet égard, dans une ignorance complète; nous allons tâcher, toujours d'après l'expérience, car c'est à l'aide de son flambeau seulement qu'il faut marcher, d'établir à cet égard quelques données plus positives.

» Si nous réfléchissons combien sont différents les résultats que l'on obtient dans le traitement de la sciatique, par exemple, selon que l'on donne les médicaments appropriés à l'intérieur, ou qu'on les dépose à la surface de la peau de la cuisse dénudée ou non, on se convaincra facilement qu'il ne peut être indifférent, dans l'œsophagisme, de confier les médicaments à telle partie ou à tel organe. Eh bien, ce que nous ne faisons que supposer a reçu encore, dans ce dernier cas, la sanction de l'expérience. C'est ce qui est résulté, pour nous, de la lecture des faits nombreux sur lesquels repose entièrement son mémoire.

» Nous ne connaissons qu'un seul fait où les antispasmodiques, donnés à l'intérieur seulement, aient été suivis de succès. Ces derniers sont au contraire fréquents, quand ces médicaments ont été appliqués localement, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

» Ainsi, Chambon de Montaux guérit facilement un spasme de l'œsophage en couvrant le cou de cataplasmes faits avec la jusquiame et la ciguë. Thomas Percival l'a vu disparaître en faisant arriver dans la bouche des vapeurs d'assa-fœtida dissous dans une infusion de plantes aromatiques. Aird, Zimmermann, Monro, Hoffmann, Courant, ont obtenu de semblables succès. Plus récemment. M. Suchet a rapporté une observation qui confirme parfaitement cette donnée thérapeutique.

» Nous fûmes appelé, dit ce médecin, pour secourir un jeune serrurier affecté d'un spasme convulsif qui siégeait dans le diaphragme, l'œsophage et les muscles pectoraux, cervicaux et maxillaires. Ce jeune homme, en proie aux souffrances les plus aiguës, grinçait les dents, se mordait la langue et la lèvre inférieure, s'agitait violemment et poussait des cris effrayants. La respiration était haute, précipitée et les fonctions encéphaliques anéanties. Si parfois le trismus, moins grand, permettait qu'on pût placer un verre entre les arcades dentaires, il faisait, pour avaler, des efforts très pénibles et presque toujours infructueux.

» Lorsque la réjection des médicaments n'avait pas lieu, ils parcouraient avec des difficultés inouïes le tube œsophagien, et tombaient dans l'estomac en produisant un bruit semblable à celui d'un liquide qui, versé dans un tuyau d'airain, aurait été reçu dans un vase de ce même métal. Des frictions faites sur les régions thoracique, trachéenne, frontale et temporale, avec une mixtion où entraient l'éther acétique et l'opium de Rousseau, assoupirent en peu de temps les muscles convulsés, et bientôt le malade recouvra, et la faculté d'avaler, et l'usage de l'intellect.

» On conçoit facilement quelle application heureuse on peut encore faire ici de la méthode endermique, comme le prouve l'observation suivante dont nous présenterons seulement le résultat.

» Une femme, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution nerveuse, était depuis quinze jours atteinte de spasme de l'œsophage qui avait résisté à divers moyens. Le docteur Omboni fit appliquer un petit vésicatoire au-dessous du larynx, à la partie antérieure du cou. Quand la vésicule fut levée et la plaie à découvert, on put s'assurer, en donnant à boire à la malade, que la dysphagie était toujours la même et déterminait toujours le même état (hoquet et convulsions épileptiformes), malgré l'application simple du vésicatoire. La plaie fut ensuite saupoudrée d'un demi-grain de sulfate de morphine et recouverte d'un linge enduit de cérat.

» Au bout de quelques heures de cette application, la malade put boire et manger sans éprouver aucun symptôme nerveux, à l'exception d'un léger resserrement de l'œsophage, plus prononcé dans la déglutition des aliments solides. Le lendemain, on mit sur la plaie la même dose de sulfate de morphine, et, comme les accidents ne

reparurent plus, on laissa cicatriser la plaie du vésicatoire au bout de quelques jours. La malade put boire et manger avec la même facilité que dans l'état de parfaite santé.

» Un tel fait n'a pas besoin de commentaires : c'est le seul cas d'œsophagisme, à nous connu, où la méthode endermique ait été mise en usage. Mais comme pour point de comparaison nous avons pris plus haut la sciatique, nous ne croyons pas inutile de dire qu'à Paris nous avons guéri, comme par enchantement, une névralgie fémoro-poplitée, qui avait éludé l'action d'un grand nombre de médicaments, en saupoudrant la plaie d'un vésicatoire placé sur la tête du péroné, avec un demi-grain d'hydrochlorate de morphine. D'après les faits que nous avons rapportés ou indiqués, les préparations d'opium et les sels de morphine semblent devoir être préférés.

» Cependant si, comme le prétend Pinel, le camphre avait réellement une action spéciale sur l'œsophage, on devrait employer aussi ce médicament.

» Les préparations mercurielles comptent quelques succès. J. Abernethy a guéri par leur moyen trois malades, et J. Brisbane a dissipé, chez une jeune femme hystérique, un spasme de l'œsophage par des frictions mercurielles, qui déterminèrent une légère salivation. Éverard Home et M. Trucy ont obtenu le même résultat de frictions faites sur le col avec l'onguent mercuriel, dans des cas où un grand nombre de médicaments avaient été inutilement employés.

» Quelques succès ont été obtenus par l'électricité. Duncan, Thomas Percival, Courant, Jean Hunter, en rapportent des observations ; et Monro dit que Grégorius lui a communiqué celle d'une jeune fille hystérique qui, depuis plusieurs jours, était atteinte de dysphagie spasmodique, et fut promptement guérie par une étincelle électrique déchargée dans son gosier. Ne pourrait-on pas employer, dans les mêmes circonstances, l'acupuncture ou l'électro-puncture? Les observations ou expériences de M. Bretonneau, qui a pu impunément enfoncer des aiguilles dans l'estomac et le cœur, sont bien suffisantes pour empêcher de craindre de traverser ainsi l'œsophage.

» Les boissons froides et la glace ont réussi, dans quelques cas, chez une dame, dont nous devons l'observation à M. Blanc, de Marseille. Le spasme de l'œsophage durait depuis quatorze jours, et à un tel point que, pendant ce laps de temps, aucune substance solide ou liquide ne put être avalée. Les bains froids, la glace autour du cou, les révulsifs, etc., avaient vainement été employés. Ce spasme disparut subitement par de la glace mise dans la bouche. La déglutition devint si libre et si aisée, que deux verres d'eau furent aussitôt avalés. Monro et Tode ont obtenu un pareil résultat. A ce sujet, nous rappellerons qu'un assez grand nombre d'auteurs attribuent au spasme de l'œsophage la difficulté d'avaler qu'éprouvent les personnes atteintes de la rage, et cette opinion nous paraît fondée; mais si cette dépendance venait à être prouvée, il s'ensuivrait que dans les cas de spasme de l'œsophage, qui résisteraient aux moyens indiqués dans ce mémoire, il conviendrait d'employer le vinaigre donné par la bouche et en lavement, puisque le docteur Cassan dit que l'usage du liquide a rendu la déglutition facile chez un jeune homme atteint de la rage.

» Il nous reste à parler maintenant d'un moyen qui semble réunir le plus de succès en sa faveur, nous voulons dire l'emploi des sondes. Beaucoup d'auteurs, qui pensent que la dilatation au moyen des bougies peut être très nuisible dans les cas de rétrécissement organique, la regardent au contraire comme très utile dans les rétrécissements spasmodiques, s'appuyant sur les bons effets que l'on en retire dans les affections analogues de l'urètre.

» Gerbesius, Éverard Home, Autenrieth, Monro, Abercrombie, Howship, Stevenson, citent un ou plusieurs cas dans lesquels ils ont obtenu un succès complet. Et ici encore, si nous voulions, comme pour les rétrécissements organiques de l'œsophage, invoquer l'analogie que présentent les affections spasmodiques de ce canal avec celles de l'urètre et du rectum, nous pourrions citer un très grand nombre de faits concluants ; mais pour ne pas donner trop d'étendue à ce mémoire, nous nous bornons à signaler cette analogie, et à indiquer seulement les faits qui prouvent l'efficacité

de la compression dans les contractions spasmodiques de l'œsophage.

» Nous rapporterons cependant l'observation de Stevenson.

» Une femme, d'une constitution nerveuse et irritable, fut, vers l'âge de vingt ans, attaquée d'une violente cynanche maligne. Devenue bientôt mère, sa santé fut pendant quelques années très délicate, et elle ne tarda pas à éprouver quelque difficulté à avaler, accompagnée de douleurs et de salivation.

» Le traitement qui fut administré consista en apéritifs, sangsues et vésicatoires. Malgré ces moyens, la déglutition devint de plus en plus difficile, et la malade fut incapable d'avaler des aliments solides. Chargé du traitement à cette époque, M. Smith, de Nottingham, administra le mercure, qui détermina une salivation qui dura trois mois; sous l'influence de ce traitement, les symptômes diminuèrent, la déglutition devint plus facile et la malade put avaler des aliments d'une consistance assez grande. Ce mieux ne fut que d'une courte durée, car aussitôt que la malade fut sortie de l'état de faiblesse où l'avait jetée la salivation, la dysphagie reparut, et même avec plus d'intensité.

» Lorsque le docteur Stevenson fut appelé à lui donner ses soins, elle avait près de quarante ans, et depuis sept elle ne pouvait soutenir sa frêle existence qu'au moyen d'aliments liquides, et ce n'était qu'avec beaucoup d'efforts qu'elle pouvait en avaler une tasse, et encore une partie était rejetée par la régurgitation avant que l'autre fût parvenue dans l'estomac. La douleur que la malade éprouvait alors était si vive, que souvent elle était prise de convulsions. Tel était l'ensemble des symptômes que présentait cette malheureuse, que plusieurs praticiens recommandables consultés avant Stevenson la condamnèrent à périr d'inanition.

» L'auteur ne crut pas cependant devoir l'abandonner et proposa, comme dernière ressource, la dilatation mécanique. La malade y consentit avec empressement. Une bougie ordinaire fut en conséquence poussée jusqu'à la partie inférieure du pharynx. Là elle rencontra un obstacle résistant, et comme la pression exercée était assez grande, l'instrument se courba en plusieurs sens. Stevenson lui substitua alors une petite sonde enduite d'huile. Il parvint, non sans beaucoup de peine et d'efforts, à lui faire franchir l'obstacle, après quoi il pénétra facilement jusqu'à la partie inférieure de l'œsophage, où il rencontra un second obstacle. Après de nouveaux efforts pour le franchir, la sonde parvint tout à coup dans l'estomac. Elle fut retirée avec précaution, et quand la douleur et l'irritation qu'elle avait produites furent un peu apaisées, on lui donna de la semoule. En essayant d'avaler, elle s'aperçut que le premier obstacle avait disparu, et elle but environ une pinte de ce liquide. Bientôt l'opération fut réitérée avec une sonde d'un calibre plus considérable, à quelques jours d'intervalle; et, après une quatrième introduction, la malade fut capable d'avaler, sans la plus légère incommodité, des aliments solides, et depuis les accidents ne reparurent pas.

» Ce moyen réussit également chez la fille de cette malade. Elle était alors âgée de vingt ans, d'une constitution nerveuse, et avait, depuis sa naissance, été tourmentée constamment par la même maladie que sa mère.

» Si, dans quelques cas, il a suffi de la simple introduction de la sonde pour obtenir une guérison complète, comme chez la malade d'Everard Home, il est le plus ordinairement nécessaire de la répéter plusieurs fois. La sensibilité et l'irritabilité de l'œsophage peuvent être développées au point que cette introduction devienne extrêmement douloureuse ou même impossible. Dans le premier cas, il faudra enduire la sonde d'extrait de belladone, moyen qui a complétement réussi au docteur W. Chevallier, dans des rétrécissements spasmodiques de l'urètre. Dans le second cas, il conviendra d'introduire une sonde assez volumineuse jusqu'à l'endroit rétréci, et de la laisser quelque temps en contact avec cette partie; par là on obtiendra souvent la cessation du spasme. C'est par ce moyen que Dupuytren et Lisfranc ont fréquemment fait cesser le spasme qui complique certains rétrécissements de l'urètre. Presque toujours, Monro et Howship en ont fait la remarque, au moment où la sonde se trouve en contact avec la partie affectée de spasme, celui-ci augmente, il survient des contractions qui repoussent

l'instrument; mais en maintenant ce contact et augmentant graduellement la compression, le spasme cesse ordinairement, et la sonde peut être introduite.

» Sans doute il est encore plusieurs moyens qui pourraient réussir dans la maladie dont nous nous occupons; mais nous nous sommes attaché à indiquer surtout ceux dont l'expérience a confirmé l'efficacité. Nous ajouterons seulement que les bains tièdes prolongés et un vésicatoire à l'épigastre ont réussi à Pomme le fils et à Dumas.

» Si l'imagination était la cause première de la maladie, il faudrait avoir recours à la médecine morale, et employer, selon les circonstances, des moyens analogues à celui qui a si heureusement réussi à M. Boyer, et qui décèle le praticien habile.

» Enfin, il est presque inutile de dire que dans le traitement de l'œsophagisme il faut tenir compte des complications, avoir égard aux anomalies que cette maladie présente, et ne pas l'attaquer directement quand elle reconnaît pour cause l'influence morbide d'un autre organe. » (Mondière, *loc. cit.*, p. 483.)

ARTICLE XI.

De l'asthme.

A une époque où les maladies n'étaient guère caractérisées et dénommées que d'après les troubles fonctionnels, le mot asthme était à peu près synonyme de dyspnée, et on le distinguait alors en permanent et en périodique, suivant que la gêne de la respiration était continuelle ou ne se manifestait que de temps en temps. Cependant les principaux nosographes, comme Sauvages et Cullen notamment, rattachant au mot asthme l'idée d'une difficulté de respirer intermittente, qui revenait par intervalle, essayaient par là de séparer les dyspnées symptomatiques des lésions organiques d'avec certaines gênes de la respiration, qui, tenant à des altérations moins palpables, étaient considérées par eux comme essentielles. Les progrès incessants de l'anatomie pathologique ont de plus en plus restreint le nombre de ces dyspnées prétendues nerveuses, qu'on parvient, en effet, à rattacher presque toujours à une lésion du cœur ou des gros vaisseaux, et peut-être plus souvent encore à l'emphysème pulmonaire; mais il faut bien prendre garde de tomber dans la même exagération que quelques uns de nos contemporains, qui nient positivement l'existence de l'asthme purement nerveux, de l'asthme essentiel, c'est-à-dire de celui qui est indépendant de toute lésion matérielle appréciable à nos sens et par les moyens d'investigation qui sont aujourd'hui en notre pouvoir.

Nous avons déjà vu, en traitant des maladies des enfants, que l'asthme de Millar était une affection parfaitement caractérisée et indépendante de toute lésion organique importante; des faits bien observés, quoique peu nombreux, prouvent qu'une autre espèce d'asthme existe chez l'homme, non moins bien dessinée que la première et non moins indépendante de toute altération anatomique.

Symptômes.—L'asthme débute quelquefois brusquement; d'autres fois il est précédé pendant quelques instants par un état de malaise, par des bâillements, par des pandiculations et par un dégagement plus ou moins considérable de gaz par la bouche ou l'intestin. C'est en général pendant la nuit, et le plus souvent de dix heures du soir à deux heures du matin, que l'accès éclate. Le malade, s'étant couché bien portant, est réveillé brusquement par un sentiment de compression et de resserrement de la poitrine, que M. Lefèvre, qui est lui-même asthmatique, regarde comme caractéristique. Les malades, ne pouvant garder la position horizontale, se mettent précipitamment sur leur séant; quelques uns descendent du lit, courent à la fenêtre pour respirer un air frais. Il est des individus qui n'éprouvent rien autre chose, et qui, au bout de peu d'instants, rentrent dans leur calme habituel. L'accès a alors avorté. Mais le plus souvent, la maladie continuant son évolution, on voit les individus éprouver une gêne croissante et extrême de la respiration. Ils sont assis sur leur lit ou dans un fauteuil, les bras arcboutés contre un corps solide, pour fournir un point d'appui aux muscles de l'épaule et du rachis; ce n'est qu'avec de grands efforts qu'ils peuvent dilater la poitrine et exécuter le premier temps de la respiration. L'aspiration s'opère lentement, elle

est signalée par un sifflement remarquable ; une toux sèche ou accompagnée d'une expectoration peu abondante de matières visqueuses s'établit, et augmente encore l'anxiété, qui cependant est déjà si grande. La poitrine, explorée en ce moment, est sonore et donne même souvent, d'après M. Lefèvre, une résonnance plus grande qu'à l'état normal. L'oreille appliquée perçoit partout des râles sibilants et ronflants, mêlés, à la fin de l'accès, de bulles de râles humides. La face pâle d'abord, puis rouge, violacée, tuméfiée, exprime la souffrance ; les yeux sont saillants et larmoyants ; les ailes du nez agitées d'un mouvement actif de dilatation et de resserrement; la parole est entrecoupée, très pénible. Cet état grave persiste pendant un temps qui varie depuis quelques minutes seulement jusqu'à plusieurs heures. En général, les symptômes s'amendent à l'approche du jour, et le calme se rétablit peu à peu ; souvent ces accès se terminent par une expectoration abondante de mucosités épaisses, filantes, quelquefois cylindrées et ayant l'aspect de vermicelle cuit. Quelquefois aussi les malades rendent une assez grande quantité d'urine claire, et qui est souvent disproportionnée avec la quantité de boissons qu'ils ont prise ; c'est une remarque que Floyer a faite sur lui-même. Les malades, bien que soulagés, sont alors brisés, courbaturés ; ils ont la tête lourde, parfois douloureuse ; enfin, ils se livrent au sommeil qui est paisible, et leur procure, dit M. Lefèvre, un plaisir inexprimable. Mais souvent ce n'est là qu'une rémission ; les malades alors conservent de l'oppression pendant tout le jour, et les mêmes accidents se reproduisent les nuits suivantes, une ou plusieurs fois de suite.

Les accès d'asthme mettent, dans leur retour, des intervalles plus ou moins longs. Il n'est pas rare, par exemple, qu'il s'écoule entre eux plusieurs années ; on les a vus, dans quelques cas fort rares, se reproduire périodiquement. Dans leurs intervalles la santé est parfaite ; il n'existe aucun trouble bien marqué du côté des organes respiratoires et circulatoires, cependant la plupart s'essoufflent plus facilement et ont la muqueuse des voies aériennes plus irritable, plus susceptible.

Diagnostic. — On ne peut avoir d'autre embarras pour établir le diagnostic de l'asthme que celui de le distinguer des dyspnées symptomatiques produites par différentes maladies, qui sont ordinairement des maladies du cœur, des anévrismes des gros vaisseaux, et surtout l'emphysème pulmonaire, avec lequel beaucoup de personnes confondent encore l'asthme.

Nous ne pourrions que reproduire ici les symptômes de ces diverses maladies ; nous aimons donc mieux y renvoyer le lecteur. (Voy. *Traité des maladies de poitrine.*)

Durée, terminaison, pronostic. — L'asthme est une maladie le plus souvent incurable ; au moins disparaît-il très rarement d'une manière complète et persiste-t-il à un degré plus ou moins prononcé pendant la vie. Il ne paraît pas d'ailleurs hâter sensiblement l'époque de la mort. Cependant, quand il est très violent, on comprend qu'il puisse déterminer quelques lésions dans les organes de la respiration, et particulièrement de l'emphysème, et même dans ceux de la circulation : c'est effectivement ce qui arrive.

On n'a pas d'exemple de mort survenue pendant une attaque d'asthme, quelque violente qu'elle fût. L'opinion populaire promet même une longue vie aux asthmatiques ; il est difficile de savoir jusqu'à quel point cette promesse est fondée. En tous cas, l'asthme est plutôt une maladie incommode que dangereuse, et Floyer, qui en était atteint, et qui l'a décrite, a pu terminer son histoire en disant qu'elle ne l'avait pas empêché d'étudier, de se promener, de monter à cheval, d'exercer sa profession, de boire et de manger comme tout le monde.

Causes. — Nous ignorons à peu près entièrement les causes de l'asthme ; nous savons seulement que c'est une affection héréditaire. Fort rare dans l'enfance, elle se déclare spécialement vers l'âge adulte. Les hommes y semblent prédisposés. On ignore l'influence que la constitution et les tempéraments peuvent exercer ; les causes principales qui provoquent les accès sont les variations brusques de la température, le séjour dans un lieu chaud, dans un air non renouvelé, les excès alcooliques, certaines odeurs. Ainsi Cullen rapporte que la femme d'un pharmacien éprouvait

des accès d'asthme toutes les fois qu'on pulvérisait de l'ipécacuanha, dans un lieu même éloigné de l'appartement qu'elle habitait.

Les émotions morales peuvent avoir le même effet. Ainsi, M. Ferrus raconte qu'un jeune officier fut pris, pour la première fois, d'un accès d'asthme en voyant Paris occupé par les troupes ennemies ; il parle aussi d'un financier qui devint asthmatique après des revers de fortune, sans que l'examen de tous les organes révélât, chez ces deux personnes, l'existence d'aucune cause organique. Beaucoup d'asthmatiques éprouvent des accès quand ils changent de résidence ; il est des malades, par exemple, qui ne peuvent aller dans certains lieux sans éprouver, dès la première ou la seconde nuit, des accès de suffocation, qui cessent de se reproduire aussitôt qu'ils sont revenus chez eux. Suivant Floyer et Van Helmont, les accès seraient plus fréquents l'été que l'hiver.

Nature. — Personne ne saurait contester la nature nerveuse de l'asthme, tel que nous l'avons décrit. Mais en quoi consiste cette maladie? Tient-elle à un rétrécissement spasmodique des bronches? C'est une opinion que professent beaucoup de médecins recommandables, parmi lesquels il nous suffira de citer Cullen, Laënnec, MM. les professeurs Fouquier, Cruveilhier et Bégin, ainsi que MM. les docteurs Bricheteau et Lefèvre. Cette manière de voir est rationnelle; il ne répugne en effet nullement de croire que les fibres musculaires de Reissessen puissent se contracter, rétrécir le calibre des bronches, et donner lieu ainsi à la série d'accidents que nous avons énumérés plus haut. L'existence des râles secs et humides ne doit point porter à faire de l'asthme une variété de la bronchite, attendu que la présence des râles n'implique pas nécessairement l'idée d'inflammation.

Des mucosités tenaces dans les bronches, telles que celles qui sont exhalées dans l'accès, sous l'influence, non d'une phlegmasie, mais de la perversion nerveuse, expliquent très bien la production de ces bruits. D'ailleurs, la preuve que l'asthme et le catarrhe sont deux choses distinctes, c'est que ces deux affections peuvent se montrer indépendantes l'une de l'autre chez le même individu. Ainsi M. Lefèvre est très sujet aux bronchites, et ces affections s'accompagnent chez lui d'un peu de dyspnée, mais elles ne déterminent jamais des accès d'asthme.

Traitement. —Le premier soin, dit M. Lefèvre, que doivent avoir ceux qui ressentent les signes avant-coureurs de l'asthme, c'est de respirer un air libre et frais, de prendre une position qui rende aussi faciles que possible les divers mouvements de la respiration, de débarrasser le corps de tous liens ou vêtements qui pourraient le gêner, de garder le repos et un silence absolu.

Ils ne doivent se mettre au lit que lorsqu'ils espèrent s'endormir tout de suite. L'influence de la lumière soulage beaucoup; M. Lefèvre conseille aux asthmatiques d'entretenir un corps en ignition dans leur chambre; ils doivent éviter la moindre impression de froid. Avant de se coucher, ils feront bassiner fortement leur lit : par cette seule précaution, M. Lefèvre est souvent parvenu à empêcher le développement d'accès dont il ressentait déjà les prodromes.

Pendant l'accès, on devra promener des révulsifs sur les extrémités inférieures. Quelques médecins ont proposé de recourir alors à la saignée, mais la plupart blâment cette pratique, qui, en effet, ne doit être suivie, ainsi que le dit M. Lefèvre, que lorsqu'il faut combattre quelque complication. On a conseillé encore, en pareil cas, d'appliquer des ligatures sur les membres inférieurs. M. Joly dit avoir plusieurs fois réussi en employant ce moyen, qui est emprunté à Sennert; mais M. Lefèvre assure ne lui avoir reconnu aucun avantage. Cet auteur ne croit non plus aux vertus d'aucune des boissons qui ont été plus ou moins préconisées. Il donne la préférence à l'eau pure ; d'autres se trouvent bien de boissons chaudes. Floyer se louait beaucoup de l'eau panée, additionnée d'un peu de nitre ou de sel ammoniac, qu'il buvait en abondance le soir en se couchant. Lorsque l'accès se prolonge, que l'expectoration est difficile, il est convenable d'administrer quelques prises d'ipécacuanha. Les purgatifs sont regardés par Floyer comme inutiles et même comme nuisibles. Les stimulants ont été préconisés; on a surtout vanté les feuilles du *datura stramonium*, que les malades fument comme le tabac dans des cigarettes ou dans une

pipe. M. Magistel a aussi proposé les fumigations de belladone ; Kriner et Laënnec, les inspirations de l'infusion de feuilles de laurier-cerise ; en Angleterre, on a encore vanté la teinture de lobélie enflée, à la dose de 20 ou 30 gouttes. Mais l'antispasmodique, le sédatif par excellence, est l'opium. Cullen lui accordait en pareil cas la plus grande confiance. Nous ne parlerons pas des gommes-résines fétides, dont plusieurs, quoique douées de propriétés antispasmodiques, ne doivent pas être employées, puisque Floyer a reconnu qu'elles étaient plutôt nuisibles qu'utiles aux asthmatiques. Enfin, dans ces dernières années, on a beaucoup parlé de la cautérisation de la paroi postérieure du pharynx avec un pinceau trempé dans l'ammoniaque, on a prétendu, par ce moyen, pouvoir arrêter les accès et en prévenir le retour.

Pour prévenir les accès, les malades éviteront de s'exposer aux vicissitudes atmosphériques, ils porteront de la flanelle ; le soir ils mangeront peu ; ils ne feront qu'une collation, ou du moins ils s'abstiendront de manger de la viande ; ils éviteront tous les aliments indigestes, et n'useront point des alcooliques. Cependant il faut un peu consulter, pour le régime, la susceptibilité des sujets, et ne rien proscrire d'une manière absolue. Ainsi, le thé et le café, que Cullen défend sévèrement, sont au contraire regardés par Floyer comme utiles. Ce que nous disons des aliments et des boissons s'applique aussi à l'habitation. Aussi, bien que les climats chauds soient favorables à la plupart des asthmatiques, il y a pourtant quelques-uns de ces malades qui se trouvent mieux dans les latitudes tempérées. En général, dit M. Lefèvre, un air épais, humide, tel qu'on en respire dans les pays plats et sur les bords des fleuves, est plus favorable aux asthmatiques. Floyer, au contraire, donne les mêmes avantages à l'air sec, et redoute l'air humide, et surtout brumeux. Ce dernier a beaucoup préconisé l'exercice à cheval. Ici, comme pour toutes les névroses, il faut étudier les susceptibilités et les caprices, si l'on peut ainsi dire, de chaque organisation ; ce qui, en effet, est utile à l'un devient nuisible à l'autre. Ainsi Graves cite l'histoire de deux asthmatiques de même âge, de même constitution apparente, dont l'un étouffait, tandis que l'autre était soulagé, lorsque la fumée de la cheminée se répandait dans leur chambre.

ARTICLE XII.

Du hoquet.

Le hoquet est une inspiration convulsive, accompagnée d'un bruit particulier, et qui se reproduit en général plusieurs fois par minute. Nous ne rechercherons pas si le hoquet est une affection convulsive du diaphragme, comme le voulait Hoffmann, ou une contraction spasmodique de l'œsophage, comme le pensait Boerhaave, plutôt qu'une névrose de l'estomac ou des voies respiratoires ; car ces questions appartiennent à la physiologie, et nous entraîneraient hors de notre sujet.

Le hoquet ne constitue pas le plus souvent un état morbide à proprement parler, puisque, surtout chez les enfants, il ne produit pas même de la fatigue ; presque toujours il se dissipe tout seul après une durée très courte.

Mais le hoquet est souvent un symptôme incommode dans le cours de plusieurs maladies. Ainsi on le remarque spécialement dans certaines affections aiguës ou chroniques de l'encéphale, dans les péritonites, les entérites, les dyssenteries graves, dans les étranglements intestinaux, etc. Dans tous les cas, la manifestation du hoquet est un signe de mauvais augure. Nous ne devons que rappeler ces faits sans y insister.

Le hoquet, dans quelques cas, est tout à fait primitif ; il se développe alors indépendamment de tout état morbide appréciable, et constitue une affection véritable, qui, persistant pendant quelque temps d'une manière opiniâtre, fatigue et agace au delà de toute expression. Le hoquet ne se remarque guère que chez les sujets nerveux doués d'une grande susceptibilité et chez les femmes hystériques. Tantôt il survient spontanément, tantôt il est provoqué par la colère, la frayeur. Ainsi que beaucoup d'autres névroses, il peut survenir par imitation, comme le prouve un fait raconté par Sauvages. Le hoquet se dissipe ordinairement tout seul. Une émotion vive, la contention d'esprit, l'ingestion d'une boisson fortement acide ou glacée,

l'action de boire lentement et sans respirer, un éternument, etc., l'arrêtent quelquefois promptement ; mais quand il résiste et passe à l'état chronique, il faut employer la limonade sulfurique, les bains, l'éther, les opiacés, puis les vomitifs à titre d'agents perturbateurs, enfin les révulsifs sur l'épigastre, depuis le sinapisme jusqu'au cautère actuel. On peut aussi parfois, par la compression circulaire de la base du thorax, se rendre maître d'un hoquet qui avait été réfractaire à tous les autres moyens. Inutile de dire que si, comme Casimir Medicus en cite des exemples, le hoquet est périodique, on doit le combattre par le quinquina.

On a encore décrit comme des névroses des phénomènes qui sont, beaucoup plus encore que le hoquet, de simples symptômes, ou bien des névralgies bien caractérisées. Tels sont la dyspepsie, les vomissements nerveux; le *pica*, qui consiste dans le désir de manger des substances non assimilables, telles que la terre, etc ; la *malacia*, qui consiste dans le désir de manger des substances assimilables, mais non usitées habituellement comme aliments, telles que l'avoine, la paille, le foin, etc. Tous ces phénomènes n'existent presque jamais seuls, et ne sont que les symptômes de l'hystérie, de l'hypochondrie, etc. Parmi eux, un seul a quelque importance, considéré isolément, la boulimie, c'est le seul dont nous dirons quelques mots.

ARTICLE XIII.

De la boulimie.

La boulimie est une faim dévorante, presque insatiable, accompagnée de malaise, et si pressante, qu'elle détermine des défaillances et même des syncopes, si on ne la satisfaisait point.

Symptômes, marche. — La boulimie offre plusieurs degrés, depuis cette simple augmentation de l'appétit qu'on observe si communément dans les convalescents, jusqu'à cette voracité qui pousse les malades à manger 5, 6 et jusqu'à 12 kilogrammes de pain dans les vingt-quatre heures, ainsi que cela a été vu par M. le professeur Rostan, chez une femme épileptique de la Salpêtrière.

Lorsque la boulimie survient, les malades cherchent à la calmer par toutes sortes d'aliments. Quelques uns, dont la faim est en même temps pervertie, dépravée, dévorent les aliments avant de leur avoir fait subir aucune préparation, et même des substances non digestibles qui ne servent point à l'alimentation ; il existe alors, indépendamment de la boulimie, un autre état que nous avons désigné ci-dessus sous les noms de *pica* et *malacia*.

Si les malades veulent résister au besoin impérieux qui les tourmente, ou s'ils n'ont rien pour le satisfaire, ils éprouvent un état de malaise inexprimable, de la cardialgie ; la vue s'obscurcit ; il y a des tintements d'oreilles, des lipothymies, des syncopes, ou une agitation et un état de délire qui peut être porté jusqu'à la fureur, et qui se calme dès que l'appétit est satisfait.

Il est des malades qui, pendant quelque temps du moins, digèrent bien la grande quantité d'aliments qu'ils dévorent, et conservent leur embonpoint ; cependant, tôt ou tard, les organes digestifs s'altèrent. On observe alors des régurgitations ou des vomissements alimentaires, mêlés parfois à une certaine quantité de sang. Il y a, en outre, une diarrhée abondante et fétide qui épuise les forces et produit de l'amaigrissement. Chez quelques individus pourtant, mais en très petit nombre, on a observé au contraire un embonpoint excessif de tout le corps ou de l'abdomen seulement. Les malades dont nous parlons sont incapables de rien faire ; aussitôt après le repas ils tombent dans un état de somnolence et d'engourdissement général ; leur intelligence est obtuse, et, comme on l'a dit avec raison, ils ne vivent que pour manger.

La boulimie a tantôt un début brusque, et tantôt elle survient progressivement ; elle est ordinairement continue, mais sujette alors à une sorte d'exacerbation. C'est ce qui était bien évident chez la malade de M. Rostan, dont l'appétit était satisfait, dans les temps ordinaires, par 4 ou 5 kilogrammes de pain, tandis que lors des redoublements il lui en fallait presque trois fois plus.

La boulimie peut avoir une durée courte, telle est celle qu'on observe chez les convalescents ; elle cesse dès que les fonctions de l'économie sont revenues à leur état

physiologique. La boulimie, qui survient spontanément dans l'état de santé, peut également céder promptement après une durée tout éphémère, pour ne jamais revenir. C'est ce que J.-J. Leroux, ancien doyen de la Faculté de médecine, a vu chez un de ses oncles. Cependant on ne sait encore rien de précis sur la marche, la durée et la terminaison la plus constante de la boulimie simple, de celle qui n'est liée à aucune lésion matérielle des organes digestifs, ou qui ne coexiste avec aucune lésion organique ; par conséquent, son pronostic reste encore à établir.

Causes. — La boulimie a paru quelquefois pouvoir être expliquée par la conformation anormale de l'estomac, des intestins ou des voies biliaires. Ainsi, l'ouverture du canal cholédoque dans l'estomac, l'absence de la vésicule du fiel, un canal digestif très court, ont été trouvés chez plusieurs individus qui avaient présenté pendant leur vie une faim canine. L'ampliation de l'estomac, qu'on trouve chez les sujets dont nous parlons, est un effet plutôt qu'une cause de la maladie. Presque jamais la boulimie ne se lie à aucune condition matérielle des voies digestives et biliaires : c'est une névrose survenant dans le cours d'une autre névrose, comme l'épilepsie, la manie, l'hystérie, la gastralgie, ou bien se déclarant chez un sujet atteint d'une affection d'une autre nature. C'est ainsi qu'on l'observe chez les chlorotiques, chez les diabétiques, chez quelques phthisiques et chez des individus ayant des vers intestinaux. La boulimie est souvent spontanée ; d'autres fois elle reconnaît une cause déterminante, comme l'action du froid, l'ingestion d'une substance stimulante, etc. Elle peut être un des accidents de la grossesse.

Traitement. — Il ne faut pas que les malades résistent trop à la faim ; mais on devra chercher à l'exciter le moins possible. On la calmera en choisissant des aliments nutritifs et pouvant occuper l'estomac pendant quelque temps : telles sont les viandes de bœuf, de mouton et même de porc.

La glace et surtout les préparations d'opium ont quelquefois produit de bons résultats.

Mais à la boulimie qui se lie à d'autres états maladifs il faut opposer quelques moyens spéciaux : ainsi les anthelminthiques seront prescrits lorsqu'il existe des vers intestinaux ; si la boulimie est liée à la chlorose, on donnera les ferrugineux.

FIN DU TOME NEUVIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME NEUVIÈME.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME NEUVIÈME.

